

# Allo-immunisation AntiD et avortement précoce

D'après la présentation d'Ellen WIEBE (Canada)

FIAPAC 2018 – Nantes

Valérie LEDOUR



[www.revho.fr](http://www.revho.fr) – [www.ivglesadresses.fr](http://www.ivglesadresses.fr)



# Anti D : stratégies internationales

- La plupart des pays développés recommandent de dépister et de traiter toutes les femmes enceintes Rhésus négatives avec des Anti D (avec des niveaux de preuve faibles pour appuyer ces recommandations)
- Les Pays Bas et la Suède ne dépistent et traitent qu'à partir de 7SA pour les avortements provoqués et 10SA pour les avortements spontanés
- Women On Web recommandent le dépistage et le traitement seulement à partir de 12 SA



# Recommandations OMS (2013)

« il n’y toujours pas de preuves tangibles justifiant cette mesure après une interruption précoce de grossesse »

« La dose d’immunoglobuline anti-D peut être réduite à 50 µg dans les grossesses de moins de 12 semaines »

« Le groupage Rhésus n’est pas une obligation pour les services d’avortement qui ne sont pas en mesure de faire ce test, ou lorsque la prévalence du groupe Rh-négatif est faible. »



# Recommandations OMS (2013)

« pour les grossesses jusqu'à 9 semaines (63 jours) de gestation, le risque théorique de réaction maternelle en cas d'avortement médicamenteux est très faible »

« la détermination du groupe Rhésus et l'offre d'une prophylaxie anti-D ne sont pas considérées comme des conditions préalables à l'interruption précoce de grossesse. »



# Arguments en faveur des AntiD

- **Do Rh-negative women with an early spontaneous abortion need Rh immune prophylaxis ?**

*Visscher RD, Visscher HC*

*Am J Obstet Gynecol 1972*

- La seule étude contrôlée randomisée en double aveugle qui évaluait le bénéfice des Anti D au premier trimestre de la grossesse retrouve une incidence nulle de l'allo immunisation, 0/19 dans le groupe traité par AntiD et 0/19 dans le groupe non traité



# Arguments en faveur des AntiD

- **Do Rh-negative women with first trimester spontaneous abortions need Rh immune globulin?**

*Hannafin B, Lovecchio F, Blackburn P*

*Am J Emerg Med 2006 Jul. 24 (4) 487-9*

- En l'absence de preuve à l'appui, il semblerait raisonnable de renoncer à l'administration de Ig Anti D pour les femmes Rh négatives présentant une menace de fausse-couche ou un avortement spontané pour lesquelles le clinicien est certain que l'âge gestationnel est inférieur à 14 semaines



# Quel volume sanguin génère des anticorps en quantité cliniquement significative ?

- **Experimental studies on Rh immunization**

*Stern K, Davidsohn I, Masaitis I  
Am J Clin Pathol. 1956, 26, pp  
833-43*

**au moins 7,5 ml**



# Quel volume de sang dans un embryon de 8 semaines?

- **Rh-prophylaxis in early abortion**

*Fiala C, Fux M, Gemzell  
Danielsson K*

*Acta Obstet Gynecol Scand  
2003 Oct, 82(10) pp. 892-903*

...Moins de **0,33 ml** !





# Quel volume de sang dans un embryon de 12 semaines?

- **Rh-prophylaxis in early abortion**

*Fiala C, Fux M, Gemzell  
Danielsson K*

*Acta Obstet Gynecol Scand  
2003 Oct, 82(10) pp. 892-903*

**4,2 ml**



# Pourquoi s'en préoccuper ?

- **Risque** généré par l'utilisation des Immunoglobulines (aujourd'hui mieux contrôlé)
- **Coûts** induits par le dépistage et le traitement
- **Gaspillage** d'immunoglobulines
- **Confidentialité** de la procédure avortement menacée  
( si besoin de référer la femme en dehors du centre d'avortement pour prise en charge)
- **Accessibilité** : notamment dans les situations de télémédecine



« pouvons-nous arrêter en toute sécurité de rechercher le phénotype Rhésus et une immunisation anti-D chez les femmes demandant un avortement « précoce » ? »



# Etude comparative de l'allo immunisation au Canada et aux Pays Bas

- **Hypothèse** : nous n'attendons pas de différence significative sur le taux d'allo immunisation antiD chez les femmes enceintes entre le Canada et les Pays-Bas



# Méthode

- **Étude comparative sur 10 ans** entre le Canada et les Pays- Bas (2006-2015)
- **Stratégies :**
  - Canada: toutes les femmes sont dépistées et traitées
  - Pays-Bas : seulement après 7SA pour un avortement et après 10 SA pour une fausse-couche spontanée
- **Données étudiées:**
  - Taux d'avortement et de FCS
  - Nombre de naissances
  - Taux de femmes Rh Neg
  - Présence d'anticorps anti D « ayant un impact clinique périnatal



# Résultats - 1

Pays	avortements	FCS (estimées)	Naissances	Taux avortements	Taux fertilité cumulée
Canada	912 435	844 196	3 764 763	1.9	1.62
Pays-Bas	316 583	390 336	1 793 190	1.2	1.73

- **Taux fertilité cumulée:** nombre moyen d'enfants nés vivants par femme
- **Taux d'avortement :** nombre d'avortements pour 1 000 grossesses



## Résultats - 2

Country	Taux de Rhésus négatif
Canada	13,0 %
Pays - Bas	14,5 %



# Résultats - 3

Pays	Nb femmes enceintes testées	Nb femmes présentant une allo immunisation cliniquement significative
Canada	1 964 229	8 272
Pays-Bas	1 816 457	7 316

- **Canada** : 4.21 / 1 000 (95% IC 4.12 à 4.30)
- **Pays-Bas** : 4.29 / 1 000 (95% IC 4.18 à 4.39)





# Immuno-hématologie érythrocytaire : application de l'arrêté du 15 mai 2018

- Dorénavant, **une seule détermination** sur un seul prélèvement est requise si le groupage est réalisé via une technique automatique (double détermination si le groupage est fait en technique manuelle).
- La notion de carte de groupe sanguin est supprimée.



J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35

## Recommandations pour la pratique clinique

### Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle

#### Aspects pratiques

A. Cortey, Y. Brossard (Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale)

« Au premier trimestre, l'érythropoïèse primitive mégaloblastique s'installe dans le sac vitellin à la troisième semaine post-conceptionnelle à la fin de laquelle les battements cardiaques apparaissent, soit à 5 semaines d'aménorrhée. Elle est relayée par l'érythropoïèse définitive, hépatique, amorcée à partir de 7-8 SA et qui devient prédominante une à deux semaines plus tard. La possibilité d'un transfert très précoce de cellules de la lignée érythroïde vers la mère est attestée **dès 8SA.** »

# ...Et maintenant?

NE RIEN CHANGER POUR LE MOMENT !

- Contacts avec HAS, sociétés savantes, Ministère Santé pour provoquer concertation et changement recommandations
- Ne pas différer ou refuser une IVG méd avant 7SA au motif de non présentation détermination GS
- Injection possible IM ou IV jusqu'à 3 jours après la prise du misoprostol mais reste efficace si injecté en IV plus tardivement (pas de données post IVG mais 21 jours après un accouchement)

