Introduction au dossier « Allo-immunisations érythrocytaires »

Introduction to “red blood cell alloimmunisations” report

B. Carbonne

© Springer-Verlag France 2014

L'introduction, au cours des années 1970, de la prévention de l'allo-immunisation par les immunoglobulines anti-D à l'accouchement et en cas de signes d'appel, a permis de réduire d'un facteur 10 le taux d'immunisations et de maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né. Ce formidable succès ne doit pas faire ranger, comme certains seraient tentés de le penser, les allo-immunisations graves au rang des maladies disparues au même titre que la diphtérie ou le tétanos. D'ailleurs, en contrepartie de cette diminution spectaculaire, les principes de prise en charge des allo-immunisations au cours de la grossesse semblent aujourd'hui assez mal connus des professionnels de la périnatalité.

Pourtant, force est de constater que plusieurs centaines de transfusions in utero sont réalisées chaque année dans cette indication et que l'ictère nucléaire du nouveau-né n'a pas encore totalement disparu. Parmi les nombreuses difficultés qui persistent à l'heure actuelle, on peut citer la persistance des allo-immunisations autres que RhD pour lesquelles il n'existe pas de prévention (Kell et petit-c notamment), et les

réticences purement françaises à l'application de la prévention anti-D systématique à 28 semaines d'aménorrhée malgré les recommandations pour la pratique clinique de 2005.

Le but de ce dossier est de faire le point sur tous les aspects de l'allo-immunisation érythrocytaire en 2013, depuis la prévention jusqu'à la prise en charge néonatale des formes graves, en passant par les avancées spectaculaires de ces dernières années, permettant une prise en charge reposant de moins en moins sur des actes invasifs : l'apport de la mesure des vitesses-Doppler de l'artère cérébrale moyenne pour le diagnostic de l'anémie fœtale, en remplacement de l'amniocentèse ; les génotypes érythrocytaires RhD et Kell fœtaux sur sang maternel, évitant également un prélèvement ovulaire ; la transfusion fœtale in utero par abord vasculaire échoguidé ; et sans doute prochainement l'avènement des immunoglobulines anti-D monoclonales qui devraient résoudre tant les questions de sécurité que celles d'approvisionnement, reposant aujourd'hui sur le plasma humain de donneurs nord-américains immunisés et rémunérés.

B. Carbonne (✉)

Unité d'obstétrique, maternité hôpital Trousseau,
Assistance publique-hôpitaux de Paris,
26, avenue du Dr Arnold Netter, F-75012 Paris,
Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, France
e-mail : bruno.carbonne@trs.aphp.fr