

JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**JEUDI 7 JUIN
2018**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
PR F. GOLFIER
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

Génotypage Rhésus fœtal
sur sang maternel

Dr Fabienne Champion Raskin



- Au 1^{er} trimestre : double détermination du groupe sanguin Rhésus D et recherche ACI
- Si patiente Rh - : information sur l'immunisation antiD: dépistage, suivi et prévention
- Groupage Rh du conjoint doit être documenté
- Si conjoint Rh+ ou inconnu : proposer génotypage Rhésus

Principe du génotypage

- ADN foetal circulant découvert en 1999
détectable dès 6SA
concentration augmente avec l'AG
élimination rapide
- Déterminer de façon non invasive si foetus porteur du gène Rh D ou en est dépourvu

Indications

Toute femme D négative

- . Dans un contexte d'alloimmunisation RH afin d'optimiser la prise en charge obstétricale

- . En dehors de tout contexte d'alloimmunisation afin d'éviter l'injection d'Immunoglobulines antiD dans les 30 à 40% des cas où le fœtus est RH -

Comment

A partir de 12SA

2 tubes EDTA de 5ml

1 tube sec

- EFS de proximité accompagné
de la fiche de consentement éclairé
d'un bon de demande d'examen de l'EFS
d'une photocopie de la carte de groupe sanguin
- B260 soit 70,20 euros ,remboursé par la CPAM depuis
juillet 2017
- Délai de rendu 2 semaines

Si foetus RH +

Une seule détermination est suffisante

- Risque d'immunisation
- Contrôle des ACI
- Immunoprophylaxie entre 26 et 28SA ou si situation à risque
- A l'accouchement :
 - groupage sang du cordon et immunoglobulines

Si foetus Rh -

- Contrôle à 15 jours ET > 15 SA
- Pas de risque d'immunisation
- Suspension de la RACI
- Pas d'Immunoglobulines
- Groupage de l'enfant à la naissance

Si détermination non possible

- Contrôle à 15 jours et $> 15SA$
- Si tjrs indéterminé à considérer comme Rh+

FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DETERMINATION DE GENOTYPE RHD FOETAL SUR SANG MATERNEL - EFS AUVERGNE-RHONE-ALPES, SITE DE LYON-GHE

RAA/LAB/IHE/FO/065 - Version 5

LABORATOIRE DESTINATAIRE:

EFS Rhône-Alpes-Auvergne, site de Lyon-GHE,

28 rue Doyen Lépine 69677 BRON Cedex

Tél : 04 72 35 70 11 (Interne : 35 70 11)/Fax : 04 78 53 54 00



MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le prescripteur ou par apposition du cachet)

Nom, prénom N° téléphone
Adresse N° fax
ou service hospitalier N° d'identification :
Date de prescription : / /

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE (à remplir par le prescripteur)

Nom Nom de jeune fille
Prénom Date de naissance
Origine géographique : patiente procréateur

CONTEXTE DE LA PRESCRIPTION (à remplir par le prescripteur)

1ère détermination ✍ 2è détermination (contrôle d'un premier résultat négatif ou indéterminé ✍)

Terme de la grossesse :

Patiente allo-immunisée anti-D (RH1) oui non

Amniocentèse ou autre geste invasif prévu Si oui, date :

Autres renseignements grossesse gémellaire ATCD greffe.....

Lieu prévu pour l'accouchement.....

ATTESTATION MEDICALE (à remplir et signer par le prescripteur)

Je soussigné Dr.....déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le génotypage *RHD* foetal sur plasma maternel par prélèvement veineux périphérique dès 12 SA.

- Afin de mettre en évidence une situation d'incompatibilité foeto-maternelle pour la grossesse en cours chez une patiente allo-immunisée anti-D (RH1)
- Pour déterminer s'il y a lieu de recourir à une immunoprophylaxie anti-D anténatale, la patiente étant D négatif (RH :-1) non immunisée

Date :

Signature du prescripteur :

CONSENTEMENT ECLAIRE (à remplir et signer par la patiente)

Je soussignée

* déclare avoir compris et accepte

- que l'examen proposé soit fait à partir de l'ADN du foetus, dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal
- qu'une partie du prélèvement soit conservée un an en sérothèque au laboratoire uniquement pour contrôle éventuel de l'examen
- qu'un résultat négatif ou indéterminé est contrôlé sur un second prélèvement ✓
- qu'un résultat peut être dans quelques cas rendu ininterprétable
- que le résultat me sera communiqué uniquement par le médecin prescripteur identifié ci-dessus

* déclare avoir été informée par mon médecin de l'intérêt de l'examen

Date :

Signature de la patiente :

Toute demande doit comporter :

-1 fiche de consentement éclairé complétée et signée, un bon de demande d'examen, une copie de la carte de groupe sanguin de la patiente ✓

**-2 tubes EDTA de 5 ml + 1 tube sec de 5 ml avec gel séparateur (le tube sec doit être centrifugé par le laboratoire préleveur 30 minutes après prélèvement, après coagulation complète, 10 minutes à 3000g),
→ tous identifiés avec noms de naissance et d'usage, prénom, date de naissance, ✓**

A adresser par votre EFS de proximité, pour réception dans les 5 jours à température non dirigée, au laboratoire destinataire ✓

Délai de rendu des résultats: 2 semaines en moyenne.


La version la plus récente du document est disponible sur le site <https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes> ✓

Réservé à L'EFS			
Visa de réception :	Code NC :	<input type="checkbox"/> Service averti par téléphone	
<input type="checkbox"/> Modification de prescription		<input type="checkbox"/> Dérogation	



Demande d'examens d'Immuno-Hématologie

Etablissement de Soins ou LBM DEMANDEUR	LABORATOIRE DESTINATAIRE
Pour un ES, préciser le service	LBM EFS RA n°69 -189- Site de Laboratoire d'Immuno-Hématologie érythrocytaire
Code UF :	Adresse :
☎ :	☎ :
FAX :	FAX :

Identité du Patient	Identité du Prescripteur	Identité du Préleveur
Nom de naissance :	Nom :	Nom :
Prénom :	Unité de soins :	Signature :
Nom marital (usuel) :	☎ :	Date :
Date de naissance : Sexe : M F	FAX :	Heure :
Adresse :		
Pour un nouveau-né :	Préciser l'identité de la mère : 	
Pour une transfusion, prélèvement sur sang veineux obligatoire, Prélèvement sur sang de cordon (uniquement pour la détermination du RH1 dans le cadre de la prophylaxie de l'allo-immunisation foeto-maternelle) Groupe ABO-RH1 sur sang de cordon : Cocher ici → <input type="checkbox"/>		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES		
Antécédent de transfusion : NON OUI	SI DEMANDE URGENTE : Cocher ici → <input type="checkbox"/>	
Transfusion prévue : NON OUI	ET préciser impérativement le motif de l'urgence :	
Si oui, date :	
Allogreffe de CSH ou Moelle osseuse : NON OUI	Intervention prévue : NON OUI	
Si oui, date et lieu :	Si oui, date : Heure : et type :	
Grossesse en cours : NON OUI	Autres renseignements :	
<input type="checkbox"/> Date prévue du terme :	Pathologie principale :	
<input type="checkbox"/> Date de la dernière injection Rhophylac® :		
Dernière RAI avant injection Rhophylac® (joindre le document) :		

EXAMENS DEMANDES sur sang veineux	
<input type="checkbox"/> Groupe ABO-RH1 et phénotype RH-KEL1	<input type="checkbox"/> Elution d'anticorps irréguliers
<input type="checkbox"/> RAI (Dépistage d'anticorps irréguliers)	<input type="checkbox"/> Titrage d'anti-A et/ou d'anti-B immuns
<input type="checkbox"/> Identification d'anticorps irréguliers (si RAI) dépistage positif, fournir résultats et panel de dépistage)	<input type="checkbox"/> Titrage d'agglutinines froides
<input type="checkbox"/> Epreuve de compatibilité érythrocytaire (nb, CGR)	<input type="checkbox"/> Test de Kleihauer <input type="checkbox"/> prénatal préciser le motif : <input type="checkbox"/> post-natal date d'accouchement :
<input type="checkbox"/> Phénotype érythrocytaire étendu	Autres :
<input type="checkbox"/> Titrage d'anticorps irréguliers chez la femme enceinte	<input type="checkbox"/> TDA élargi (préciser le contexte clinique)
<input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'anticorps irréguliers chez la femme enceinte	<input type="checkbox"/> Génotypage RHD foetal sur plasma maternel
<input type="checkbox"/> Test direct à l'antiglobuline (test de Coombs Direct)	<input type="checkbox"/> Autres - Préciser :

JOURNÉE D'ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE POUR LES MÉDECINS TRAITANTS

**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
PR F. GOLFIER
CENTRE HOSPITALIER LYON-SUD

**LES COMMUNICATIONS SERONT
DISPONIBLES SUR LE SITE DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON SUD**
<http://lyon-sud.univ-lyon1.fr/jegmt/>

