

INCOMPATIBILITE MATERNO-FOETALE

1) Groupe RH

def: existence sur les GR d'un Agglutinogène Rhésus Anti D
(indépendant des agglutinogène ABO)

Antigène : un sujet est RH+ lorsque sur ses hématies, l'agglutinogène RH = Antigène D+ (75 % de la pop)
un sujet est RH – lorsqu'il ne porte pas sur ses hématies d'agglutinogène Anti RH : Antigène D - (25 % pop)

Anticorps : du système RH sont des Agglutinines capables de provoquer l'agglutination
et/ou **l'hémolyse des hématies porteuse d'Agglutinogène RH.**

Un sujet RH + ne peut posséder dans son sérum aucun AC Anti RH, si non il y a conflit immunitaire => Hémolyse

Un sujet RH – ne peut posséder dans son sérum aucun AC Anti RH

Donc dans le groupe RH , il n'existe **pas d'AC naturels**

Mais un sujet RH – peut produire des AC Anti RH s'il est mis en contact avec du sang RH+ => **immunisation acquise**

En produisant ces Agglutinines, l'individu RH – s'immunise contre ses propres GR

Les Agglutinines Anti RH sont appelées : Agglutinines Immunes ou Irrégulières

2)

Il existe 5 Antigènes RH différents : D, C, E, c, e /

en pratique un seul est responsable de la majorité des accidents hémolytique : Antigène D

a) IFM ou Iso immunisation RH

- Syndrome pathologique lié à une hémolyse de GR du fœtus due à des agglutinines venues de la mère , soit pendant la Grossesse, soit après la naissance

C'est « la Maladie Hémolytique Néonatale » ou « Ictère grave du Nouveau né »

Cause : Incompatibilité de la mère RH - et enfant RH +

b) Lors de la 1 ère Grossesse

- Femme RH + ne peut jamais posséder d'Agglutinogène Anti RH => jamais d'accident d'incompatibilité

- Femme RH – ne possède pas d'Agglutinogène Anti D, lors de la 1 ère Grossesse

=> il n'y a pas d'accident si l'enfant est RH +

Les GR de l'enfant RH + passent dans l'organisme maternel pdt la grossesse et pdt l'accouchement, ce phénomène => une augmentation de l'immunisation maternelle, une fabrication + importante d'agglutinine donc + de danger pour la grossesse ultérieure.

- Grossesse : femme RH – et fœtus RH + => mère fabrique des Agglutinines Anti RH en l'absence de ttt préventif

c) Lors de la Grossesse suivante

- si la mère a des agglutinine +

* 1 ère situation

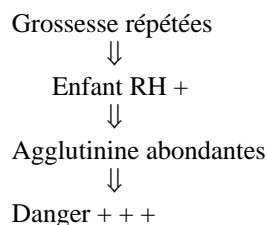
- enfant RH - => mère RH -

* 2 ème situation

- enfant RH + => mère RH -

Les Agglutinines anti RH formées dans l'organisme maternel pdt la précédente grossesse,

vont passer à travers le placenta dans la circulation du fœtus et => hémolyse des GR de l'enfant.



Risque IFM si:

œ Mère RH – et enfant RH+

œ transfusion intempestive de la mère avec sang RH + (mère déjà immunisée agglutinine irrégulière)

œ Incompatibilité : père RH + et mère RH -

œ Grossesse ultérieure en fant RH +

3) Traitement Préventif

Principe : Détruire après l'accouchement , les GR de l'enfant qui passent dans la circulation maternelle avant qu'ils n'entraînent la formation des agglutinines

TTT : injection IM de Gamma Globulines Anti D à la mère dans les 24 à 72 H qui suivent le 1^{er} accouchement

indication : -Mère RH – et enfant RH +

- Fausse couche
- IVG
- Amniocentèse

4) CAT

a)- Dépister l'incompatibilité

- rechercher le grp RH de la mère (obligatoire dans le 3^{ème} trimestre de grossesse)

- rechercher le grp RH du père

rechercher les grps RH des autres enfants du couple

- Mettre en évidence les Agglutinines Irrégulières dans le sérum de la mère pour dosage du **test de COOMBS direct ou indirect**

- Examen fondamental qui confirme le diagnostic = légalement et obligatoire

b) - apprécier la gravité de l'immunisation et risque pour le fœtus

œ réaliser le test de COOMBS / mois jusqu'au 5^è mois , puis tous les 15 jours

œ+ examen spécifique des AC de la mère

c) Surveiller le retentissement sur l'enfant

œ Bilans cliniques et biologiques

œ surveillance de la vitalité et croissance foetale

œ étude du LA :

Amniocentèse: permet l'étude quantitative de la **BILIRUBINE** (stockage jaune : résidus de GR) détruits lors de l'Hémolyse foetale

œ la BILIRUBINE foetale signe l'hémolyse

œ 7 Bilirubine + + + = Gravité de l'Anémie Foetale (selon résultat : décision thérapeutique)

5) Décision Thérapeutique

œ Avant terme : - + de contact avec les Agglutinines de la mère est important + l'enfant est menacé.

- Solutions thérapeutiques: Naissance avt terme (préma) par voies basses ou césarienne.

œ Pbs secondaires: - Tous les pbs de prématurité = +/- maturité foetale, BB fragile,

- exceptionnel : immunisation maternelle très grave => déclenchement de l'accouchement trop tôt
=> transfusion in utéro

œ A la naissance

=> sang maternel : Test de COOMBS / AC / indirect : titrage des AC

Test de KLEIHAUER : évalue l'importance des hématies foetale passées chez la mère

=> sang foetal : Grp sg + RH / NFS : si destruction des GR :

BILIRUBINEMIE + + + décide de l'acte thérapeutique > 180 mg / litre

6) TTT Exsanguino – Transfusion

œ C'est le remplacement d'une partie importante de la masse sanguine de l'enfant par du sang frais RH - : 800 ml (par le cordon) chir

œ Répété autant de fois que nécessaire pour obtenir une bilirubine < 160 mg / l

œ BILIRUBINE nle : 30 ml / l

œ Prise en charge de l'enfant comme un prématuré (service spécialisé)

7) Complications

œ Mort Foetale In Utero (MFIU) : dans un tableau d'anasarque foeto-placentaire

œ Hémolyse : => pdt la période foetale avec Splénomégalie, anémie, hépatomégalie

=> Ictère à la naissance

œ Ictère grave néo natal : ictère précoce (1^{ère} H de vie) rapide et généralisé

œ Ictère nucléaire (le + redoutable) : csq de la fixation de la bilirubine sur les noyaux gris centraux de la base du cerveau => séquelles neuro définitives (la bilirubine ne disparaît pas)

- 1^{ers} signes : mvts des yeux anormaux/ hypertonie du cou et du dos