

Le 28 mars 2017

Génotypage du RhD chez les patientes enceintes ayant un phénotype D faible selon le test sérologique

Dans le cas des patientes ayant des antigènes D faibles ou partiels, les réactions peuvent être plus faibles ou discordantes aux épreuves de typage Rh. On estime que le phénotype D faible se retrouve chez 0,2 % à 1,0 % des personnes d'origine caucasienne. De plus, environ 80 % des personnes qui présentent un phénotype D faible sont de type 1, 2 ou 3 à la suite d'un génotypage RhD. Ces personnes peuvent être considérées comme ayant un rhésus positif, c'est-à-dire qu'elles peuvent recevoir des globules rouges Rh positif et n'ont pas besoin d'immunoglobuline Rh (IgRh) en contexte prénatal. Par contre, les personnes ayant un phénotype D partiel sont susceptibles de développer une allo-immunisation lorsqu'elles sont exposées à un antigène de type D sauvage (présent chez la plupart des personnes Rh positif) et devraient, par conséquent, être traitées comme des personnes au Rh négatif, et recevoir des globules rouges Rh négatif et des IgRh en contexte prénatal. Malheureusement, les tests sérologiques habituels ne peuvent faire la distinction entre le génotype D partiel et le génotype D faible. Dans ce cas, un génotypage RhD doit être effectué.

Même si on ne dispose pas de données canadiennes, un récent sondage du College of American Pathologists (CAP) a montré l'absence d'uniformité dans la pratique aux États-Unis en ce qui concerne les tests de laboratoire et l'interprétation des types Rh des patients, y compris celui des femmes enceintes au phénotype D faible. Dans le but de garantir une pratique sûre et uniforme, le CAP et l'American Association of Blood Banks (AABB) ont émis en 2015 une déclaration commune recommandant que le génotypage RhD soit introduit progressivement pour les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer présentant un phénotype D faible selon les tests sérologiques.

À l'heure actuelle, il n'existe pas au Canada de norme ou d'orientation portant sur l'investigation plus poussée et la prise en charge des patients présentant un phénotype D faible à la suite de tests prétransfusionnels ou prénataux. Selon la politique des établissements individuels, ces patients pourraient être considérés Rh positif ou Rh négatif. Si une patiente au phénotype D partiel est erronément identifiée comme étant Rh positif, elle pourrait recevoir une transfusion de globules rouges Rh positif et ne pas se voir offrir l'administration d'IgRh en contexte prénatal; ces situations risquent d'entraîner l'allo-immunisation et la maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né (MHFN). D'un autre côté, une patiente au phénotype D faible pourrait être erronément identifiée comme étant Rh négatif et recevoir inutilement des IgRh en contexte périnatal. Une telle pratique conduit à l'utilisation inutile de globules rouges Rh négatif dans des cas où on aurait pu transfuser en toute sécurité des globules rouges Rh positif. L'AABB estime que si toutes les femmes enceintes des États-Unis au phénotype D faible étaient identifiées et faisaient l'objet d'un génotypage RhD, quelque 13 360 femmes enceintes actuellement considérées Rh négatif pourraient être prises en charge comme des patientes Rh positif, ce qui éviterait 24 700 injections d'IgRh chaque année.

Pour le moment, le génotypage RhD est offert par la Société canadienne du sang selon les modalités suivantes : « dans un contexte prénatal, les résultats des analyses sont non

concluants ou indiquent des divergences, ou des phénotypes D faibles, et le génotypage RhD pourrait entraîner la modification des besoins en produits sanguins et en IgRh ». Dans l'ouest du Canada, où les tests prénataux sont centralisés, le génotypage RhD est effectué automatiquement pour les patientes admissibles. Toutefois, ailleurs au Canada, la décision de demander des tests plus poussés relève de chaque établissement.

Afin de garantir des soins sûrs et appropriés aux femmes enceintes dont les tests sérologiques montrent un phénotype D faible et d'uniformiser les soins à travers le Canada, nous appuyons la mise en œuvre de la déclaration d'orientation suivante : **On devrait soumettre à un génotypage RhD les femmes enceintes ayant obtenu des résultats contradictoires, faibles ou non concluants au test sérologique de RhD afin de déterminer la pertinence de l'administration d'IgRh et de préciser le type optimal de Rh à transfuser.** Cette amélioration apportée à la pratique ne devrait pas représenter un coût supplémentaire important en ce qui concerne les tests RhD pour les provinces, puisque certaines d'entre elles ont déjà adopté une telle pratique. De plus, les femmes enceintes présentant un phénotype D faible sont rares (< 1 %). Enfin, comme la plupart des patients dont les tests sérologiques montrent un phénotype D faible, qu'ils ont effectivement, et qu'ils peuvent alors être considérés comme des patients Rh positif, le coût accru des tests sera probablement contrebalancé par les économies résultant du fait qu'on cessera d'administrer des IgRh dans les cas où elles sont inutiles.