

Les auteurs et le comité de génétique de la SOGC ont examiné cette directive clinique et l'ont réaffirmée.

N° 343, mai 2017 (réaffirmée octobre 2022)

## Directive n° 343 réaffirmée : Prédiction du génotype RHD fœtal par test prénatal non invasif de routine

(In English: Routine Non-invasive Prenatal Prediction of Fetal RHD Genotype)

Le présent document est une traduction de la version en anglais. En cas de divergence entre les deux versions, la version en anglais prévaut.

### Auteurs

Jo-Ann Johnson, M.D., Calgary, Alb.  
Kim MacDonald, M.D., Vancouver, C.-B.  
Gwen Clarke, M.D., Edmonton, Alb.  
Amanda Skoll, M.D., Vancouver, C.-B.

**Comité de génétique (2022):** Francois Audibert (co-président), Jo-Ann Brock, Shannon Dwinnell, Krista Fairles, Catriona Hippman, Sylvie Langlois, Christy Pylypjuk, Alannah Smith, Sakina Walji, R. Douglas Wilson, Karen Wou (co-présidente), Rhonda Zwingerman

**Divulgations :** Les auteurs ont fourni une déclaration de divulgation et aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré.

Chaque auteur déclare répondre aux critères du JOGC pour être désignée comme telle.

**Mots clés :** test prénatal non invasif; antigène D du système Rhésus; ADN libre circulant; génotypage; test génétique

J Obstet Gynaecol Can 2022;44(10):1103

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.08.005>

© 2022 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

### RÉSUMÉ

#### Déclarations sommaires

1. Le génotypage RHD fœtal au moyen d'un test non invasif effectué sur l'ADN acellulaire a un degré d'exactitude élevé : il a une sensibilité constamment supérieure à 99 % et produit très peu de faux négatifs (II-2).
2. Même si le risque lié à l'exposition aux immunoglobulines anti-Rh est extrêmement faible, l'administration systématique de dérivés de plasma humain aux femmes enceintes Rh négatives n'est plus

indiquée, puisque dans un nombre important de cas, cette pratique n'est avantageuse ni pour la mère ni pour le fœtus (II-2).

3. Avec le génotypage RHD fœtal non invasif combiné à une prophylaxie anténatale de routine anti-D ciblée, jusqu'à 40 % des femmes Rh négatives pourraient ne pas recevoir d'immunoglobulines anti-Rh (II-2).
4. Le génotypage RHD fœtal est possible dès 10 semaines de grossesse; il est préférable de procéder tôt afin d'offrir la prophylaxie ciblée avant 28 semaines de grossesse aux femmes ayant vécu un incident sensibilisant (II-2).
5. La mise en place du génotypage RHD fœtal non invasif combiné à une prophylaxie sélective requiert une collaboration interdisciplinaire (milieu clinique et laboratoires) et l'aval des ministères de la Santé provinciaux (III).

#### Recommandations

1. Actuellement, la meilleure façon de prendre en charge les femmes enceintes Rh négatives consiste à prédire la présence ou l'absence de l'antigène D chez le fœtus au moyen d'un test non invasif analysant l'ADN acellulaire (ADNa) dans le plasma de la mère, et à administrer une prophylaxie anténatale anti-D ciblée. Cette approche devrait être adoptée au Canada (II-2A).
2. Bien que différentes modalités de génotypage RHD fœtal aient été décrites, la réalisation au premier trimestre semble être la plus compatible avec le programme de prophylaxie anténatale de routine anti-D canadien existant, et devrait être privilégiée (II-2A).
3. Le risque de faux négatif au génotypage RHD est très faible, et les avantages associés au respect des pratiques de prophylaxie découlant de la connaissance du génotype RHD du fœtus semblent plus importants que les risques, mais les possibilités d'immunisation ne sont pas nulles. Le contrôle de la qualité en laboratoire et en milieu clinique devrait être une priorité absolue dans la planification d'un programme (II-3A).

#### DIRECTIVE ORIGINALE

Pour en savoir plus, consultez la directive originale : <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.03.110>