

Allo immunisation plaquettaire fœto-maternelle anti HPA1-a: A propos de trois patientes et quatre grossesses

Lillia GHIT ,Praticien associé , Service de médecine interne, CHI Poissy Saint Germain en Laye, FRANCE.

Mathilde DEVAUX, Praticien hospitalier, Service de médecine interne, CHI Poissy Saint Germain en Laye, FRANCE.

Thibaud QUIBEL , Professeur des universités-praticien hospitalier, Service de gynécologie obstétrique, CHI Poissy Saint Germain en Laye, FRANCE.

Matthieu MAHEVAS, Professeur des universités-praticien hospitalier, Service de médecine interne ,Hôpital Henri-Mondor à Créteil, FRANCE.

Estelle HEGGARTY, Chef de clinique, Service de gynécologie obstétrique, CHI Poissy Saint Germain en Laye, FRANCE.

Astrid LECHATELIER, Praticien hospitalier, Service de biologie médicale , CHI Poissy Saint Germain en Laye, FRANCE.

Catherine VEYSSIER –BELOT, Praticien hospitalier, Service de médecine interne, CHI Poissy Saint Germain en Laye, FRANCE

L'allo-immunisation plaquettaire fœto-maternelle est une des causes principales de thrombopénie sévère fœtale et néonatale. Elle résulte de l'immunisation maternelle contre les antigènes plaquettaires fœtaux d'origine paternelle, absents chez la mère. Le groupe d'antigènes le plus souvent concerné est l'Human Platelet Antigène (HPA).

Le diagnostic est souvent posé devant une thrombopénie fœtale ou néonatale inexpliquée et parfois devant des antécédents familiaux d'allo immunisation fœto-maternelle(1). Nous rapportons le cas de trois patientes porteuses d'une allo-immunisation anti HPA diagnostiquée au cours de leurs premières accouchements devant une thrombopénie néonatale.

		Patiente 1		Patiente 2	Patiente 3
	Cas index	<ul style="list-style-type: none"> Ecchymoses du bras gauche +purpura diffus Plaquette: 7G/L Transfusion plaquettaire J0 J1 + IgIV J0 		<ul style="list-style-type: none"> Purpura pétéchiol Plaquette : 13G/L Transfusion plaquettaire +Ig IV 	<ul style="list-style-type: none"> Asymptomatique Plaquette : 43G/L Augmentation progressive du taux de plaquette
Situation d'incompatibilité HPA-1	Génotypage plaquettaire HPA1 maternel	HPA-1 b/b		HPA-1 b/b	HPA-1 b/b
	Génotypage plaquettaire HPA1 conjoint	HPA-1 a/a		HPA-1 a/a	HPA-1 a/a
	Génotypage plaquettaire HPA1 cas index	HPA-1 a/b		HPA-1 a/b	HPA-1 a/b
	Anticorps maternel	Ac anti HPA-1a		Ac anti HPA-1a	Ac anti HPA-1a
Nouvelle grossesse		2^{eme} grossesse	4^{eme} grossesse	2^{eme} grossesse	2^{eme} grossesse
	Traitement instauré	1g/kg Ig IV/7J dés 20SA	1g/kg Ig IV/7J dés 20SA	1g/kg Ig IV /7J dés 16 SA 20 mg Corticoïde 35 SA	1g/kg Ig IV /7J dés 16SA 1mg/kg Corticoïde 35 SA
	Suivi du taux d'HPA-1	Augmentation constante et significative durant la grossesse			
	Suivi fœtal Mensuel	Absence de signe d'hémorragie cérébrale			
	Terme/Accouchement	39SA /Voie basse	40SA /Voie basse	36SA +3J /Voie basse	37 SA/Voie basse
Nouveau-né	<ul style="list-style-type: none"> -Asymptomatique -Plaquette J0:10G/L -Transfusion Plaquette + IgIV • J1:207G/L • J2/234G/L 	<ul style="list-style-type: none"> -Purpura pétéchiol -Plaquette J0 :9G/L -Transfusion plaquette • J1 154G/L • J2 :211 G/L 	<ul style="list-style-type: none"> -Purpura pétechiol -Plaquette J0 :7G/L -Transfusion de plaquette +IgIV • J1:39G/L Transfusion de plaquette • J2:178G/L 	<ul style="list-style-type: none"> -Asymptomatique -Plaquette J0 :161G/L 	

Les anticorps anti HPA sont recherchés devant toute thrombopénie néonatale sans cause évidente. Le diagnostic est affirmé par la mise en évidence d'allo anticorps maternels dirigés contre les antigènes plaquettaires paternels et dont les allèles ont été hérités par l'enfant (2).

Les anticorps les plus fréquemment en cause dans les accidents hémorragiques sont anti HPA-1a. (3)

Selon le type de d'antigène HPA porté par les plaquettes du conjoint il peut y avoir soit 50% soit 100% d'incompatibilité pour les grossesses ultérieures (3). Il est recommandé l'utilisation anténatale d'Ig IV hebdomadaire (1g/kg) associée ou non à une corticothérapie lors des grossesses suivant le cas index .

Les modalités du traitement sont discutées au cas par cas et reposent actuellement sur des recommandations internationales et celles d'experts français du groupe d'études sur l'hémostase et de la thrombose(1).

Chez nos trois patientes le diagnostic d'allo immunisation plaquettaire à anticorps anti HPA-1a est posé à la suite de thrombopénie néonatale lors de leur première grossesse avec mise en évidence d'anticorps anti-HPA-1a et une homozygotie HPA-1aa chez leurs conjoints.

Le risque d'exprimer l'antigène HPA-1a par le fœtus lors de grossesse ultérieure est de 100% chez nos patientes.

Au cours des grossesses qui ont suivi les cas index , les dossiers de nos patientes ont été discuté en RCP national de diagnostic prénatal. Il a été décidé d'instaurer des perfusions anténatales d'Ig IV hebdomadaires associés à une corticothérapie en fin de grossesse chez deux d'entre elles.

Les grossesses se sont bien déroulées, Le taux d'HPA-1a a augmenté de manière significative à partir de la 16 SA au cours des quatre grossesses.

Trois nouveau-nés ont présenté une thrombopénie néonatale nécessitant des transfusions plaquettaires et cures d'IgIV chez deux d'entre eux permettant ainsi une augmentation rapide du taux de plaquette, le quatrième nouveau-né avait un taux de plaquette normal.

Une allo immunisation anti HPA doit être recherchée devant toute thrombopénie fœtale ou néonatale inexpliquée, dès la première grossesse. Un traitement préventif par Ig IV hebdomadaire est désormais proposé lors des grossesses ultérieures permettant ainsi de réduire le risque de complication hémorragique néonatale sévère.

1-B.GODEAU ,Prise en charge des grossesses à risque dans un contexte d'incompatibilité foeto-maternelle plaquettaire et/ou d'allo-immunisation :avis du groupe d'expert du GFHT .Revue de transfusion clinique et biologique 2021 ,Volume 28: 370-4.

2-M.MAHEVAS ,L.CROISILLE ,E.LE TORIELLEC ,E.MAISONNEUVE,E.LEVINE .Mécanismes et diagnostic de l'alloimmunisation foeto maternelle plaquettaire. Revue francophone d'hémostase et thrombose ,2023 ,Volume 5- Numéro 1:12-20.

3- E.MAISONNEUVE,E.LEVINE ,B.GODEAU. Prise en charge du nouveau-né et de la grossesse en contexte d'AIFMP. Revue francophone d'hémostase et thrombose ,2023 ,Volume5-Numéro1:22-8