

TRANSFUSION IN UTERO

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Votre médecin vous a proposé la réalisation d'une transfusion in utero. Le présent document a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de cet acte.

Qu'est-ce qu'une transfusion *in utero* ?

Pendant la grossesse, des signes d'anémie fœtale peuvent être découverts à l'échographie. L'anémie fœtale correspond à un taux très faible de globules rouges chez le fœtus. Lorsque cette anémie devient trop sévère et qu'elle n'est pas traitée, les risques sont : l'insuffisance cardiaque, l'anasarque (œdèmes et épanchements généralisés chez le fœtus), voire une mort fœtale *in utero*.

Certaines pathologies pendant la grossesse peuvent entraîner une anémie chez le fœtus. Les causes les plus fréquentes d'anémie fœtale sévère nécessitant une transfusion *in utero* sont : les allo-immunisations érythrocytaires (des anticorps de la mère traversent le placenta, puis se fixent sur les globules rouges du fœtus, ce qui entraîne leur destruction), l'infection à parvovirus B19 et l'hémorragie fœto-maternelle (des globules rouges du fœtus traversent le placenta et se retrouvent dans la circulation sanguine maternelle).

Ainsi, lorsque le fœtus est en anémie sévère et qu'il n'est pas viable ou à un terme très précoce, ou bien qu'il présente des œdèmes bien trop importants pour être pris en charge à la naissance dans de bonnes conditions, la seule thérapeutique possible est de réaliser une transfusion sanguine *in utero* dont la décision peut être prise en urgence dans certaines situations.

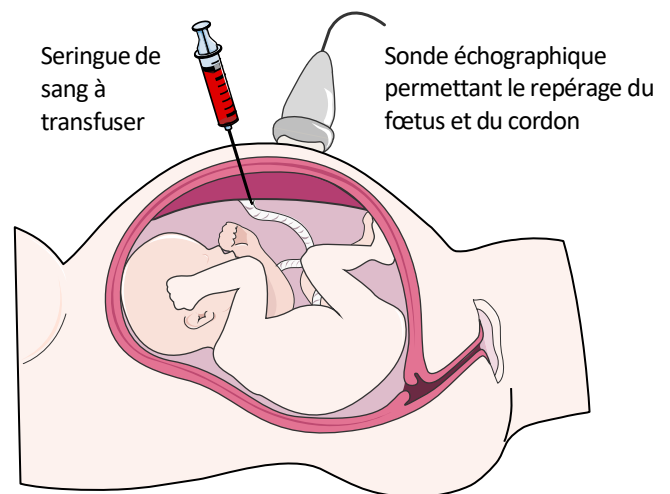
Cette procédure peut être effectuée à partir du deuxième trimestre selon des conditions techniques propres à chaque patiente et à chaque grossesse.

Comment se déroule une transfusion *in utero* ?

Tout d'abord, avant la première transfusion *in utero*, il est nécessaire de disposer de votre carte de groupe sanguin complète, afin de préparer de manière optimale et la plus compatible possible la poche de globules rouges destinée au fœtus.

Une prémédication pour vous détendre et/ou pour diminuer les contractions utérines est possible avant la procédure. Vous devez être à jeun en vue du geste dans la majorité des cas.

La transfusion *in utero* est réalisée soit au bloc opératoire, soit dans une salle réservée aux procédures de diagnostic prénatal. Vous êtes allongée. Votre ventre est désinfecté à l'aide d'un antiseptique et des champs opératoires stériles sont installés. Vous êtes consciente pendant la procédure qui est réalisée sous contrôle échographique continu. Dans certaines situations, une anesthésie locale ou locorégionale est réalisée.



La transfusion dans le cordon ombilical est indolore pour le fœtus. Un traitement peut lui être administré, afin qu'il ne bouge pas pendant la transfusion *in utero*. L'effet se dissipe rapidement après la transfusion.

L'anémie fœtale sévère est fortement suspectée à l'échographie Doppler, mais c'est la prise de sang sur le cordon ombilical qui va confirmer ce diagnostic. Dans certaines situations, une amniocentèse est réalisée dans le même temps pour compléter le bilan.

Quels sont les risques pour mon fœtus et pour moi ?

La réalisation d'une transfusion *in utero*, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte un risque de complication de l'ordre de 2% à chaque procédure. Les complications possibles sont principalement la rupture prématurée de la poche des eaux, l'infection, l'accouchement prématuré et la mort fœtale ou néonatale. Ce geste spécialisé réalisé dans certains centres de médecine fœtale peut être ponctuel ou répété durant la grossesse. Pour les patientes ayant atteint le terme de viabilité fœtale, l'équipe peut réaliser une césarienne en urgence en cas de complication au cours du geste, sous anesthésie loco-régionale ou parfois générale. La procédure peut également échouer et être reprogrammée.

Que se passe-t-il après une transfusion ?

Le rythme et les modalités de surveillance dépendent du terme de la grossesse et de la cause de l'anémie fœtale. Une surveillance régulière par échographie +/- associée à des enregistrements du rythme cardiaque fœtal sera organisée avant la sortie d'hospitalisation.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.

Formulaire de consentement

Je, soussignée, Madame

née le

Atteste avoir été informée et avoir compris:

- les risques liés à la présence d'une anémie sévère chez mon fœtus (risque d'évolution vers une anasarque, une mort *in utero*),
- la technique de transfusion *in utero*,
- les complications de cette technique dont les plus fréquentes sont la rupture prématurée des membranes et l'accouchement prématuré,
- le risque de naissance par césarienne en cas de mauvaise tolérance de mon fœtus lors ou au décours de la procédure si une prise en charge néonatale est envisageable,
- la nécessité de poursuivre une surveillance échographique rapprochée.

Dans ces conditions, je demande la réalisation d'une transfusion *in utero* et donne mon consentement éclairé.

Consentement recueilli par le Dr

A, le

Signature de la patiente Signature du médecin