1. **Principe**

Ce produit est surtout utilisé pour prévenir l’immunisation Rh de femmes Rh négatif à risque de développer des anticorps Rh qui pourraient nuire à un fœtus Rh positif dans une grossesse en cours ou à venir.

1. **Portée et politiques connexes**
	1. N’administrer de l’IgRh qu’à des personnes Rh négatif non immunisées au facteur Rh.
	2. Il faut fournir des preuves que la personne est Rh négatif et qu’elle n’a pas d’alloimmunisation au facteur Rh avant que le produit puisse être mis en circulation. Les résultats d’un dépistage courant (4-6 semaines) d’anticorps doivent être accessibles.
	3. Une ordonnance d’IgRh peut être faite lorsque des produits Rh positif sont administrés à une femme Rh négatif en âge d’avoir des enfants ou à un homme Rh négatif. Le médecin prescrira le volume approprié à administrer9.1.
	4. Une recherche d’hémorragie fœto-maternelle doit suivre l’accouchement d’une femme Rh négatif qui a donné naissance à un nourrisson Rh positif. Un dépistage courant (sept jours) d’anticorps doit démontrer l’absence d’alloanticorps Rh (D) conformément à la politique de l’hôpital.
	5. La demande du produit doit provenir d'un médecin ou d'une sage-femme ou d’un professionnel de la santé autorisé.
	6. Une dose appropriée selon les recommandations du fabricant sera administrée9.1.
	7. Le produit peut être prescrit à une personne Rh positif dans le cadre du traitement médical du purpura thrombopénique idiopathique (PTI).
2. **Échantillons - S.O**.
3. **Matériel**

Fournitures : 300 μg IgRh

 1000 μg IgRh

1. **Contrôle de la qualité - S.O.**
2. **Procédure**
	1. Le tableau suivant précise les indications et les doses d’IgRh :

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICATION** | **DOSE μg** **(IM ou IV)** |
| Obstétrique  |  |
| 28 semaines de grossesse | 300 |
| Risque imminent d’avortement  | 300 |
| Amniocentèse et prélèvement de villosité choriale avant 34 semaines de grossesse | 300 |
| Post-partum si le nouveau-né est Rh positif ou de statut inconnu et que le résultat de la coloration de Kleihauer est < 15 ml | 300 |
| Après un avortement thérapeutique, une amniocentèse ou toute autre manipulation après 34 semaines de grossesse | 300 |
| Prophylaxie  |  |
| Plaquettes Rh positif émises pour un receveur Rh négatif (les femmes Rh négatif en âge d’avoir des enfants devraient recevoir de l’IgRh à la transfusion de plaquettes Rh positif pour éviter le risque de formation d’anticorps anti-D). Voir la remarque 8.5.  | 300Une seule dose devrait suffire pour de multiples transfusions de plaquettes pendant une période de 2 à 4 semaines9.3. |
| Traitement  |  |
| Patients Rh positif porteurs d’un diagnostic de purpura thrombopénique idiopathique (PTI). Voir la remarque 8.6. | 1000 |

* 1. La demande doit comporter toutes les données requises sur la patiente, telles qu’elles figurent sur l’adressographe (nom, numéro d’identification, numéro d’assurance-maladie, date de naissance et nom du médecin) et les renseignements supplémentaires requis, soit le groupe ABO et facteur Rh de la patiente, le nom du professionnel de la santé prescripteur et la dose prescrite. Passer la demande dans l’horodateur au moment de sa réception (ou inscrire manuellement la date et l’heure).
	2. Un technologue doit contrevérifier les résultats d’analyse, l’indication et les données sur le patient, puis confirmer que la dose est appropriée. Signer la demande pour documenter la vérification.
	3. Si le produit ne sera pas ramassé le même jour (pour des mises en circulation multiples, un préavis de 48 heures est requis), réserver le produit au nom du patient. Le ou les produits seront livrés le jour déterminé de leur collecte. Entreposer les produits au réfrigérateur en attendant leur collecte.

**NOTA** : Si de multiples fioles sont mises en circulation pour le bureau d’un médecin ou d’une sage-femme, s’assurer que toutes les fioles portent le même numéro de lot.

* 1. Mettre le produit en circulation. Voir GS.004 - Mise en circulation manuelle de sang, de composants sanguins et d'autres produits connexes en se servant du registre de mise en circulation / de transfusion de produits sanguins.
1. **Documentation - S.O.**
2. **Remarques**
	1. Une dose de 300 μg d’IgRh suffit à prévenir l’alloimmunisation après un accouchement dans 99 % des cas. Cette dose de 300 μg devrait assurer une protection contre une exposition à 15 mL de globules rouges Rh positif (à peu près 30 mL de sang fœtal entier)9.3. Une dose de 120 mL neutralise 6 mL de globules rouges (environ 12 mL de sang entier) et protège pendant environ 21 jours9.4.
	2. Récupérer le dossier de la patiente. S’assurer de la concordance de toutes les données sur la patiente. S’il s’agit d’une demande post-partum, confirmer que le nouveau-né est Rh positif – vérifier les résultats d’épreuves du nouveau-né.
	3. Entreposage du produit :
		1. Entreposer le produit au réfrigérateur (1-6 oC).
		2. Si le produit s’en va ailleurs, informer le médecin, la sage-femme ou le professionnel de la santé des modalités d’entreposage de l’IgRh.
		3. Si les conditions d’entreposage varient, ne pas administrer l’IgRh. Retourner le produit au LMT qui s’occupera de l’éliminer.
		4. Une entente sera produite pour confirmer que les deux parties s’entendent pour respecter les normes pertinentes.
	4. Si pour une raison quelconque le produit n’est pas transfusé au patient à qui il était destiné, il faut en avertir par téléphone le LMT et y renvoyer le produit sans délai.
	5. Consulter le directeur médical ou son représentant qui déterminera la quantité d'IgRh à mettre en circulation. Le risque d’immunisation anti-D résultant de la présence de globules rouges Rh positif dans des produits plaquettaires est très faible (le risque est encore moindre s’il s’agit de produits plaquettaires d’aphérèse). Néanmoins, il y a un risque en théorie. La prudence impose donc de protéger les receveuses Rh-négatif en âge d’avoir des enfants9.3.
	6. Des doses de 1000 μg sont à la disposition des patients traités pour PTI. L’IgRh dans cette indication n’est efficace que si les patients sont Rh positif et elle a été impliquée dans l’hémolyse sévère des globules rouges du patient; c’est pourquoi elle n’est pas souvent employée dans cette indication.
3. **Références**
	1. *Standards for Hospital Transfusion Services*, version 3 – février 2011. Société canadienne de médecine transfusionnelle; 5.4.5
	2. *Standards for Blood Banks and Transfusion Service*, 27e éd. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2011; 5.20.
	3. ROBACK JD, éd. *American Association of Blood Banks Technical Manual*, 17e éd. Bethesda, MD: American Association of Blood Banks, 2011; 535,586,637.
	4. *Sang difficulté 3 : transfusions sanguines, alternatives et réactions transfusionnelles* (2011);23.

**10.0 Suivi des révisions**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la révision** | **Résumé des changements** |
| 8 août 2014 | * Changement du nom du manuel
* Révision et renumérotation des sections 2.0 et 8.0
* Révision du tableau en 6.1
* Modification du libellé en 6.2 pour inclure « le nom du professionnel de la santé »
* Mise à jour de toutes les références
 |