


| | | | |
|---|---|---|-------------|
|  | DOCUMENT INFORMATIF | Diffusion par : PHU 07 - Biologie - IMMUNOLOGIE | 9108-DI-040 |
| | Bilan d'une neutropénie néonatale alloimmune | Processus : *Métier Biologie\Pré-analytique | Page 1 / 1 |

BILAN DE NEUTROPENIE ALLOIMMUNE

Suspicion d'alloimmunisation foeto-maternelle chez un enfant < 6 mois

→ **SUR RENDEZ-VOUS** ←

→ Réception des prélèvements du **Lundi au Vendredi, avant 12h** ←
Prévenir de l'envoi par téléphone : 02 40 08 40 88 / 02 40 08 40 61

Enfant

- 3 ml tube sec
- 3 ml tube EDTA

Mère

- 10 ml tube sec
- 10 ml tube EDTA

Père

- 10 ml tube EDTA

Envoi à température ambiante

**Non traitable si réception > 24h
du prélèvement**

Merci de joindre aux prélèvements une feuille de consentement signée pour chaque individu prélevé ainsi qu'une fiche médicale précisant leurs noms, prénoms, dates de naissance ainsi que le nom du **médecin prescripteur**.

Adresse d'envoi : CHU Nantes - Laboratoire d'Immunologie
9 quai Moncousu 44093 Nantes cedex 01
Tél. : 02.40.08.40.88 – 02.40.08.40.61 Fax. : 02.40.08.42.14

COTATION DE L'ANALYSE

La cotation d'un bilan de neutropénie néonatale alloimmune varie en fonction des prélèvements reçus au laboratoire, et également en fonction des résultats d'analyse obtenus.

Mère

- ✓ Phénotypage : 0161 (B200)
- ✓ Génotypage : 0161 (B200) par groupe testé (4 maximum)
- ✓ Allo-immunité maternelle : dépistage 164 x 2 (B100 x 2) / identification 165 (B300) par glycoprotéine testée (2 maximum)

Enfant

- ✓ Génotypage : 0161 (B200) par groupe testé (4 maximum)
- ✓ Allo-immunité de l'enfant : dépistage 164 x 2 (B100 x 2) / identification 165 (B300) par glycoprotéine testée (2 maximum)

Père

- ✓ Phénotypage : 0161 (B200)
- ✓ Génotypage : 0161 (B200) par groupe testé (4 maximum)

| REDACTEUR(S) | APPROBATEUR(S) | Date d'application |
|--|--|--------------------|
| Hans KERCHROM (Ingénieur en biologie médicale - PHU 07 - Biologie\Immunologie) | Marie AUDRAIN (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie) | 02/09/2021 |

**1. Identification du patient** (*les critères demandés sont nécessaires à l'identitovigilance)**Enfant**

Nom* : Prénom* : Terme :
 DN* : Lieu de naissance* : Sexe* : F/M
 Adresse : Gp ABO :

Mère

Nom* : Prénom* : Nom de naissance* :
 DN* : Lieu de naissance* : Sexe* : F/M
 Adresse : Gp ABO :

Père

Nom* : Prénom* :
 DN* : Lieu de naissance* : Sexe* : F/M
 Adresse : Gp ABO :

2. Identification du prescripteur

Nom : Prénom : Téléphone :
 Hôpital : Service :
 Adresse :

3. Neutropénie de l'enfant

| | PN/mm3 | Infections (O/N) | Traitement |
|------------------------------|--------|------------------|------------|
| Naissance | | | |
| J | | | |
| J | | | |
| J | | | |
| J | | | |
| Retard de la chute du cordon | | oui | non |
| Autre : | | | |

4. Antécédents de la mère**4.1 Antécédents obstétricaux**

| Prénom enfant | Date Naissance | Neutropénie (O/N) | Nb PN à la NN | Traitement |
|---------------|----------------|-------------------|---------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

4.2 Antécédents autres

| | | |
|---|------------|------------|
| Transfusions : | Plaq (O/N) | GR (O/N) |
| Virose pendant la grossesse : | | |
| Antécédent de PTI : (O/N) | | |
| Antécédent de maladie auto-immune : (O/N) | | Laquelle : |

4.3 Traitements pendant la grossesse

| | Dose | Date début | Date fin |
|-----------|------|------------|----------|
| Ig I.V. | | | |
| Stéroïdes | | | |
| Autres | | | |

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GENETIQUE*

| | |
|--|---|
| IDENTIFICATION du PATIENT (étiquette) | IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si mineur ou majeur sous tutelle) NOM..... Prénom..... |
|--|---|

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5)

Date :

Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique :

***RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION**

- **Loi n° 2004-800 du 6 août 2004** relative à la bioéthique

(Conformément à la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétique d'une personne) :

Le médecin prescripteur doit conserver :

- le consentement écrit
- les doubles de la prescription et de l'attestation
- les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R1131-5).

Le laboratoire autorisé réalisant les examens doit :

- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)
- adresser, au médecin prescripteur, seul habilité à communiquer les résultats à la personne concernée (article L1131-1-3), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé
- adresser, le cas échéant, au laboratoire qui a transmis l'échantillon et participé à l'analyse (article L. 6311-19), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé

- **Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011** relative à la bioéthique

- **Arrêté du 27 mai 2013** définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales

- **Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013** relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale

Examens à réaliser pour un **bilan de neutropénie auto OU allo-immune**

Questions :

- S'agit-il d'un enfant ou d'un adulte ? s'il s'agit d'un enfant, quel âge ?
- Quelle est la cinétique des PN ? à quel âge est apparue la neutropénie, s'il s'agit d'un enfant ?
- Quelles sont les pathologies associées, signes infectieux, sévérité des infections, et chez l'adulte, autre pathologie ?

Enfant de moins de 6 mois neutropénique **dès la naissance** :
Suspicion de neutropénie allo-immune néonatale

Tubes EDTA
(Père, mère et enfant)

Tubes sec
(Mère et enfant)

Un consentement différent par personne
(père, mère, enfant) est obligatoire.

(En l'absence de consentement les prélèvements
sont mis en quarantaine jusqu'à son obtention)

Groupage granulocytaire :
Mère / Père / Enfant

Phénotypage
HNA1, HNA2 et HNA3a

Génotypage
HNA1, HNA3,
si besoin HNA4 et HNA5

Recherche de l'anticorps
dans le sérum de la mère +/- enfant

Recherche anticorps dans le sérum de la mère
(+/- enfant) sur PN du père (**cross-match**) et
sur PN de donneurs (dépistage).

Si positif, identification en MAIGA

Adulte et enfant de plus de 6 mois, voire moins de 6 mois si non
neutropénique à la naissance :

Suspicion de neutropénie auto-immune

Tube sec (adulte, enfant)

Recherche d'anticorps anti-polynucléaires neutrophiles
(dépistage).
Si positif, identification en MAIGA*

*Dans certains cas, un génotypage des PN du patient peut être
utile pour déterminer le caractère auto- ou allo-immun de l'anticorps
(1 tube EDTA + consentement à la demande du biologiste).

| REDACTEUR(S) | VERIFICATEUR(S) | APPROBATEUR(S) | Date d'application |
|---|---|---|--------------------|
| Marie AUDRAIN (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie) | Marie RIMBERT (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie) | Caroline HEMONT (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie) | 07/10/2021 |