

**DEPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 FOETALE
PAR LES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS**

*Arrêté du 23 juin 2009
Journal Officiel du 27 Octobre 2009*

**Protocoles et documents pour les dépistages aux 1^{er} et 2^{ème}
trimestres
(m.a.j. août 2012)**

**L.B.M DUCHATEAU-ODAERT
88, rue Clémenceau
59139 – Wattignies**

www.nordbiologie.fr

**INFORMATIONS DES LABORATOIRES et CORRESPONDANTS CONCERNANT
L'ÉVALUATION DU RISQUE DE TRISOMIE 21 FŒTALE**
Aux 1^{er} et 2^{ème} trimestres de la grossesse - Arrêtés du 23 JUIN 2009 – JO du 27 OCTOBRE 2009

1 PRELEVEMENT

Variable selon le schéma choisit par le médecin prescripteur et selon les critères d'intégration de la clarté nucale, soit :

- **1^{er} trimestre combiné** : entre le 1^{er} jour de la 11^{ème} semaine = 11 semaines + 0 jour
et le dernier jour de la 13^{ème} semaine d'aménorrhée révolue = 13 semaines + 6 jours
- **2^{ème} trimestre +/- séquentiel intégré** : entre le 1^{er} jour de la 14^{ème} semaine = 14 semaines + 0 jour
et le dernier jour de la 17^{ème} semaine d'aménorrhée révolue = 17 semaines + 6 jours

2 PRE-TRAITEMENT et TRANSMISSION DES PRELEVEMENTS

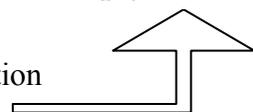
- Sérum décanté ou tube gel centrifugé moins de 4 heures après prélèvement, parfaitement identifié, placé dans un tube de transport. (2 ml minimum)
- Transport à 4° sous 48 heures ou congelé si acheminement supérieur à 48 heures (fin de semaine et WE)

JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- La **prescription médicale**
- La **fiche de renseignement** (partie Laboratoire) autocopiante parfaitement complétée et signée (patiente et médecin)

Pour un traitement du dépistage dans les meilleures conditions, les éléments suivants sont indispensables :

- **identité et date de naissance** de votre patiente
- **adresse** de la patiente et son **numéro de téléphone**
- **poids** de la patiente, le jour du prélèvement
- **tabac**, connaître si consommation ou non
- **origine géographique**, pas forcément lieu de naissance
- **date de début de grossesse** (évaluée par l'échographie)
- **l'échographiste ou le Radiologue** ayant effectué l'échographie de datation
- **numéro de Réseau (13 chiffres)** de l'Echographiste ou du Radiologue
- le caractère **Monofœtale ou Gémellaire**
- **clarté Nucale, LCC, date d'échographie**, si existantes et exploitables + **compte rendu échographique** si possible (souvent porteur du code barre du numéro de réseau).
- **pavé Information, Demande et Consentement** remplis et signés (Patiente et Prescripteur)
- **date de prélèvement**, vérifier qu'elle soit comprise dans les délais réglementaires (tableau ci-joint)
- **numéro de sécurité sociale et le centre de remboursement**



3 TRANSMISSION DES RESULTATS

- Les comptes-rendus ne peuvent être **remis** à la femme enceinte **que** par l'intermédiaire du **prescripteur**. Ainsi il est le SEUL DESTINATAIRE des résultats de l'interprétation du FRT21.
- Les laboratoires transmetteurs reçoivent un résultat « POUR INFORMATION » mais ne doivent EN AUCUN CAS le remettre à la patiente.
- Celle-ci est cependant informée par courrier qu'elle peut contacter son prescripteur pour en prendre connaissance.

**ARBRE DECISIONNEL DU DEPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 FŒTALE
PAR LES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS (Arrêté du 23/06/2009)**

Echographie réalisée par un échographiste agréé dans un réseau périnatalité. Numéro de réseau obligatoire à 13 items

Mesure de la CN et de la LCC permettant la datation de la fécondation. CN valable selon critères de qualité ex : Score Herman, CFEF...

Dates de prélèvement en semaines d'aménorrhées conditionnant le trimestre étudié. Marqueurs réalisés sur sérum au laboratoire.

Risque réalisable selon les critères préalablement définis.

