

 <p>Aux portes de la vie</p>	THROMBOPENIE NEONATALE	Protocole pédiatrique n°22 version 2 page 1/5
---	-----------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Faite par :
2	17/11/2015	Mise à jour	AM. MAILLOTTE F. MONPOUX

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction : Dr AM. MAILLOTTE	Nom et fonction : Dr AM MAILLOTTE Dr F. MONPOUX Dr V. DAVID	Nom et fonction : Dr F. MONPOUX	Nom et fonction : CMS
Date : 15/09/2009	Date : 15/11/2015	Date : 16/11/2015	Date : 17/11/2015
Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé

I- DEFINITIONS de la thrombopénie néonatale (TNN)

- Thrombopénie : taux de plaquettes < **150 G/L** quelque soit l'AG
- Thrombopénie sévère < **50 G/L**
Toute thrombopénie doit être contrôlée au minimum sur le frottis (intérêt également du volume plaquettaire qui peut orienter vers une étiologie rare : ex : syndrome de Wiskott-Aldrich ou maladie de May Hegglin)

Ne pas retarder la prise en charge en attribuant indûment la thrombopénie à un caillot.

II- ETIOLOGIES

1- Précoces < 72h

- **Hypoxie fœtale chronique** : RCIU, pathologie vasculaire ou diabète maternel. TNN de forme modérée et de durée limitée (10 j)
- **Asphyxie périnatale**
- **Infections** : virales (CMV, Herpès, Toxoplasmose, Rubéole), bactériennes (Strepto B, Escherichia Coli, Haemophilus)
- **CIVD**
- **Immunes : allo ou auto**
- **Autres** : anomalies chromosomiques (Trisomie 13-18-21, Sd de Turner), héréditaires ou congénitales, thrombose des veines rénales, tumeurs vasculaires (Kabastt-Merritt), maladies métaboliques, TNN centrales.

 <p>Aux portes de la vie</p>	<h2>THROMBOPENIE NEONATALE</h2>	<h3>Protocole pédiatrique n°22</h3> <p>version 2 page 2/5</p>
---	-------------------------------------	---

2- Tardives > 72h

- **Essentiellement sepsis grave, ECUN : 80%**
- Infections congénitales (CMV, Toxoplasmose, Rubéole, VIH)

III- CAT chez le nouveau-né :

- a- **Situation connue en anté-natal (PTI, allo-immunisation connue, pré-éclampsie) :** numération plaquettaire au sang de cordon
- b- **Découverte après la naissance (signes hémorragiques ou biologie systématique) :**

TNN de cause évidente écartée (sepsis, thrombose des veines rénales etc...)

Thrombopénie immunologique : numération plaquettaire maternelle

- **< 150 G/l :** PTI (Auto-anticorps) : thrombopénie néonatale modérée, nadir retardé. Pas de corrélation entre le statut plaquettaire maternel et celui du nouveau-né. Pas de bilan particulier
- **> 150 G/l :** allo-immunisation plaquettaire materno-fœtale : **TNN sévère et précoce, risque hémorragique ++ ; aggravation à chaque grossesse.**

Typage plaquettaire des 2 parents et de l'enfant ; identification des allo-anticorps maternels spécifiques. Ce typage peut se faire même après transfusion plaquettaire (biologie moléculaire).

Toute TNN inexpliquée ou sévère d'apparition précoce doit faire rechercher une allo-immunisation. Attention à l'association de plusieurs étiologies

IV- PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

a- Dans tous les cas :

- Injection intramusculaire contre-indiquée
- Pas de prise de température rectale
- Limiter les manipulations
- ETF initiale si thrombopénie < 50 G/L, à renouveler au moindre signe d'appel.

b- Différentes Thérapeutiques

- **Immunoglobulines polyvalentes :**
0,8 g/kg/j en perfusion lente (se reporter aux recommandations des laboratoires)
Renouveler la perfusion une fois en absence de ré ascension de la numération plaquettaire à H48.

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	THROMBOPENIE NEONATALE	Protocole pédiatrique n°22 version 2 page 3/5
---	-----------------------------------	---

- ***Transfusion plaquettaire (cf annexe 1)***

Modalités :

- Dans l'absolu, pas de nécessité de groupage ; en pratique un groupage est en général demandé
- Dans un contexte d'allo-immunisation, plaquettes compatibles (voir avec EFS)
- l'EFS détermine la quantité nécessaire en fonction du poids de l'enfant et du taux plaquettaire.
- La transfusion se fait en débit libre (pas de pompe ni de SAP)
Maximum 20ml/kg.

- ***Corticoïdes*** : aucune indication chez le nouveau-né

c- Indications :

1- Contexte évocateur d'un PTI maternel : taux plaquettaire maternel bas

- Immunoglobulines intra veineuses si taux plaquettaire < 50 G/L
- transfusion plaquettaire rarement nécessaire (cf. tableau)
- En cas d'échec, demander un avis spécialisé auprès d'un hémato-pédiatre.
- Allaitement autorisé sauf si persistance au-delà de 12 semaines

2- allo-immunisation plaquettaire : taux plaquettaire maternel normal

- Thrombopénie sévère : Traitement d'urgence Transfusion plaquettaire compatible et Immunoglobulines
- thrombopénie modérée : Immunoglobulines

3- Thrombopénie maternelle de fin de grossesse

Pas de traitement nécessaire chez le nouveau-né.

d- Surveillance du taux plaquettaire :

- en période aiguë : les contrôles seront réalisés en fonction de la profondeur de la thrombopénie, de l'étiologie et de la cinétique de variation de la numération plaquettaire. La symptomatologie clinique n'est pas un bon moyen de surveillance chez le nouveau-né (et notamment le syndrome hémorragique cutanéomuqueux).
- en phase de normalisation, 2 numérations plaquettaires normales à une semaine d'intervalle permettent d'arrêter la surveillance.

V – REFERENCES

- Hauschner H and all. Persistent neonatal thrombocytopenia can be caused by IgA antiplatelet antibodies in breast milk of immune thrombocytopenic mothers. *Blood*. 2015 Jul 30;12(5):661-4.
- Roberts IA, Stanworth A Murray N. Thrombocytopenia in the Neonate. *Blood Rev*. 2008 jul;22(4): 173-186.
- Kaplan C. Les thrombopénies fœtales et néonatales allo-immunes : problème en suspens. *Transfusion clinique et biologique*, 2005 ;12 : 131-4.
- Chantrain C, Debauche C, Langhendries JP et al. Les thrombopénies périnatales d'origine maternelle. *Arch Pédiatr* 2000 ; 7 : 756-62.
- Recommandations de bonne pratique : Transfusion de plaquettes, AFSSAPS, juin 2003, www.afssaps.sante.fr

Annexe 1 : Indications des transfusions plaquettaires

Taux plaquettaire	Pas de signe hémorragique	Signes hémorragiques patents*	PTI mater.	Allo-imm suspectée	Allo-immu connue
< 30	Transfusion	Transfusion	Transfusion Si saignement	Transfusion Plaquettes compatibles	Transfusion Plaquettes compatibles
30-49		Transfusion	Pas de transfusion Si pas de saignement	Idem	Idem
50-99		Transfusion	Pas de transfusion	Transfusion Si signe hémorragique	Transfusion Si signe hémorr. Plaq. compatibles

*Les pétéchies ou les ecchymoses isolées ne sont pas considérées comme des signes hémorragiques patents