

MASTER DI II LIVELLO IN
“*Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica*”
ANNO ACCADEMICO 2012/2013

Giorgia



Dr.ssa Daniela Tarantino

Roma 11/12/13

Caso clinico



Anamnesi perinatale:

- ✓ Nata a termine, EG 39 sett +3 gg, da parto spontaneo
- ✓ Eventi perinatali nella norma. APGAR 8-9
- ✓ Peso 3,370 grammi

Anamnesi gravidica e familiare non contributiva

A circa 5 ore dalla nascita...



- ✓ Petecchie ed ecchimosi diffuse al volto, tronco, radice degli arti superiori ed inferiori
- ✓ Vomito caffeano ed ematochezia



Esami in urgenza (emocromo, emocoltura, PCR, PCT, test coagulativi)

Piastriopenia (PLT 5.000 mmc)



Trasfusione di piastrine (20 ml/kg, accesso venoso periferico)

Ciclo di immunoglobuline ev (1 gr/Kg per 2 giorni, tramite CO)



Ecografia cerebrale (prime 12 h):

Area anaecogena in regione temporo-occipitale sx
(area emorragica)



RM dell'encefalo: conferma del quadro ecografico



- ✓ Non segni ecografici di emorragia addominale e renale
- ✓ Non episodi convulsivi
- ✓ Stabilizzazione condizioni cliniche e del n° piastrine
- ✓ Dimissione e ricovero presso centro specialistico



Sospetto diagnostico:
piastrinopenia alloimmune

Piastrinopenie

Piastrinopenia neonatale: $PLT < 150.000/ml$

Piastrinopenia neonatale severa: $PLT < 50.000/ml$

Incidenza di piastrinopenia alla nascita: 1%-5% dei neonati

Incidenza di piastrinopenia severa: 0.1%-0.5% dei neonati

NAIT è responsabile:

- del 3% di tutti i casi di piastrinopenia neonatale
- del 27% di tutte le forme gravi

Plastrinopenia Alloimmune

NAIT

Eziopatogenesi

Passaggio transplacentare di alloanticorpi materni rivolti contro antigeni piastrinici (HPA) espressi sulle piastrine fetali.

Le IgG materne possono attraversare la placenta molto precocemente, e causare così piastrinopenia fetale.

Il passaggio transplacentare di Ab materni aumenta con il progredire della gravidanza ed è massimo nel III trimestre.

Diagnosi

Tipicamente: petecchie diffuse a pochi minuti-ore dalla nascita, madre sana senza anomalie del sanguinamento, con PLT normali e gravidanza generalmente normodecorsa.

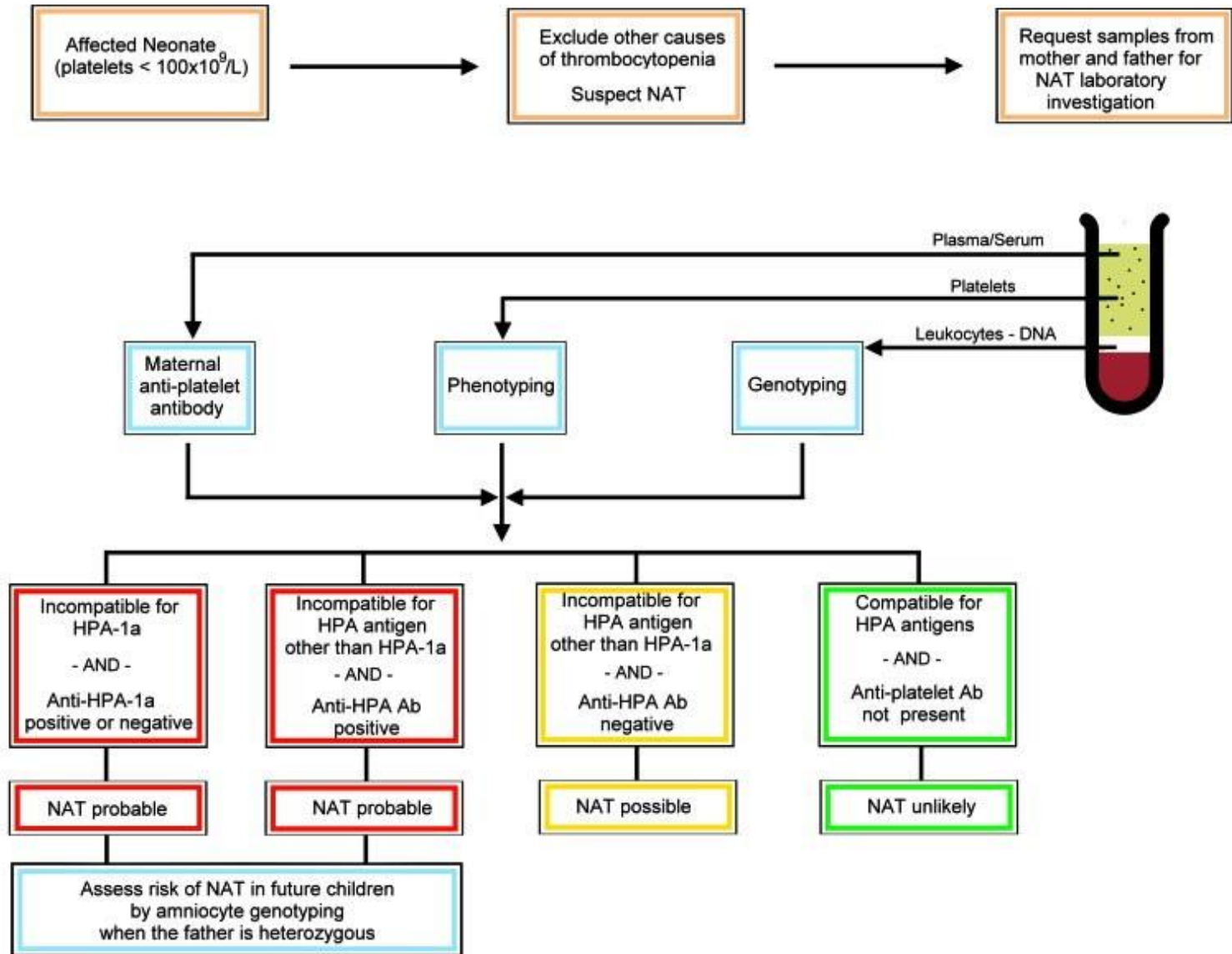
Conferma di piastrinopenia neonatale con esclusione delle principali cause (infezioni, CID, trombocitopenia materna autoimmune).

PLT basse alla nascita e tendono a decrescere a 24-48 h.

Ogni feto affetto da emorragia endocranica (soprattutto se con piastrinopenia), idrocefalo o idrope dovrebbe essere testato per NAIT.

Diagnosis of Neonatal Alloimmune Thrombocytopenia (NAT)

Testing for Human Platelet Antigens (HPA) and Antibodies



Ancora...

Ricerca nel sangue materno di alloanticorpi anti-HPA (nel 10% dei casi possono essere assenti nonostante un'incompatibilità materno-fetale)

Test genetico per polimorfismi HPA

La diagnosi è inequivocabile se è riscontrata un'incompatibilità tra partner

Diagnostica invasiva prenatale: funicolocentesi e conta piastrinica (mortalità 0.4%-1.5%; morbidità legata a parto pretermine, ematoma placentare, infezioni). Causando un'emorragia feto-materna può aumentare la produzione anticorpale materna

Terapia

- ✓ Prima linea: trasfusione PLT (10 ml/Kg), aumento delle PLT già dopo 1 h
- ✓ Infusione di Ig (400 mg-1g/Kg)
- ✓ Infusione di corticosteroidi

Grazie Grazie...

Buon Buon Natale!!!