

INTRODUCTION:

la thrombopénie est une anomalie hématologique fréquente durant la période néonatale particulièrement chez les nouveau-nés hospitalisés en unité de soins intensifs et chez les prématurés .Elle est définie par un taux des plaquettes sanguines inférieur à 150 000/mm³ ,sa découverte doit être contrôlée par un frottis sanguin .

OBJECTIF:

Mettre l'accent sur la prévalence et le profil épidémiologique des thrombopénies chez les nouveau-nés en identifiant les facteurs associés à ses résultats.

MATERIEL ET METHODES:

On a mené une étude descriptive de 12 cas de nouveau-nés présentant une thrombopénie durant une période d'étude de 6 mois s'étalant du juillet au décembre 2023 , colligés au laboratoire d'hématologie du CHU Mohammed VI de Tanger.

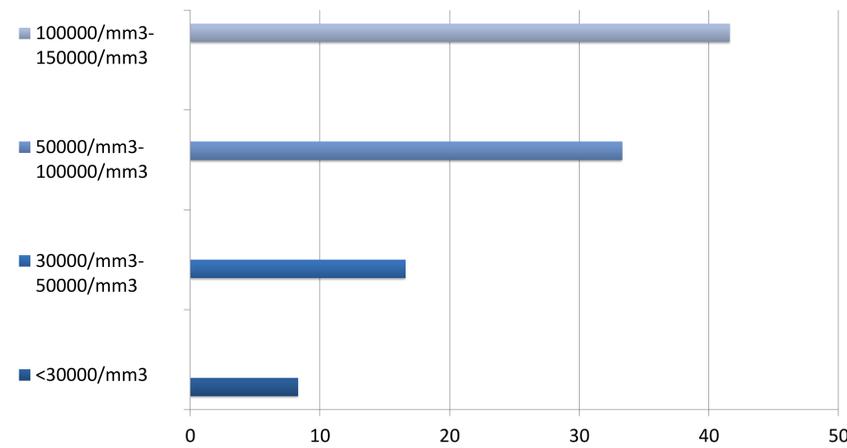
RESULTATS:

Durant la période d'étude, on a colligé 12 nouveau-nés qui ont présenté une thrombopénie sur 150 nouveau-nés inclus dans l'étude, représentant une incidence de 8 %. Le groupe de thrombopénie présentait une moyenne d'âge de 10 jours avec une prédominance masculine sexe ratio de 2.

La prématurité a été rencontrée chez 4 nouveau-nés (33,33%).

Sur le plan biologique, la thrombopénie sévère a été marquée chez un seul nouveau-né avec un taux inférieur à 30 000 /mm³ ,2 cas avec un taux compris entre 30 000/mm³ et 50 000/mm³, 4 nouveau-nés avaient un taux entre 50 000/mm³ et 100 000/mm³ et 5 nouveau-nés avec un taux de plaquettes entre 100 000/mm³ et 150 000/mm³, en outre toutes les thrombopénies inférieures à 100 000/mm³ étaient contrôlées par un frottis sanguin dont un qui a montré des agrégats plaquettaires , La thrombopénie était associée à une anémie chez 4 nouveau-nés, une leucopénie a été observée chez 2 nouveau-nés et 2 autres cas présentaient une hyperleucocytose en rapport avec l'infection.

Concernant les caractéristiques cliniques et étiologiques associées à la thrombopénie on note la détresse respiratoire du nouveau-né représentait chez 6 nouveau-nés, l'infection néonatale été marquée chez 4 nouveau-nés dont 2 cas d'infections nosocomiales à klebsiella, un nouveau-né qui a présenté une asphyxie périnatale et un cas de syndrome polymalformatif.



Graphique 1 : Répartition des nouveau-nés selon les taux des plaquettes

Taux des plaquettes	Indication de la transfusion
< 30 000 éléments/mm ³	Toujours transfuser
30–49 000 éléments/mm ³	Transfusion en cas de Poids < 1000 g ou âge < 7 jours Bébé cliniquement instable Saignement actif mineur ou majeur Antécédents de saignement majeur (hémorragie intraventriculaire stade 3–4, hémorragies pulmonaires...) Coagulopathie associée Avant une intervention chirurgicale ou exsanguino-transfusion
50–99 000 éléments/mm ³	Ne transfuser que si hémorragie
> 99 000 éléments/mm ³	Ne pas transfuser

Tableau 2 : les indications de transfusion de culots plaquettaire

DISCUSSION:

La thrombopénie est une variation très fréquente chez les nouveau-nés, touchant jusqu'à 20 % des hospitalisés en unités de néonatalogie et de soins intensifs (USIN), sa prévalence varie entre 1-5 % selon la population étudiée. [1] L'étiologie de la thrombopénie n'est pas claire chez 60 % des nouveau-nés affectés. [2]

La classification de la thrombopénie repose sur son moment d'apparition, soit précoce (≤ 72 heures de vie). La thrombopénie précoce est souvent associée à des anomalies fœto-maternelles, les étiologies prédominantes incluant la pré-éclampsie, l'hématome rétroplacentaire, le retard de croissance intra-utérin, et les thromboses vasculaires. Ces facteurs conduisent à des thrombopénies modérées résolvant spontanément en raison de l'insuffisance placentaire. [3] Chez les prématurés, la thrombopénie précoce résulte de l'insuffisance placentaire et de l'hypoxie fœtale, entraînant une diminution de la masse mégacaryocytaire. [1] Chez les nouveau-nés à terme, l'allo-immunisation fœto-maternelle est envisagée, résultant d'une incompatibilité parentale d'antigènes plaquettaires. Le purpura thrombopénique auto-immun (PTAI) représente une situation particulière, susceptible de se compliquer d'hémorragie intracrânienne. [4]

Après 72 heures de vie, les causes principales de thrombopénie sévère et prolongée sont le sepsis, la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), et l'entérocolite-ulcéro-nécrosante (ECUN). [4] Les infections bactériennes et virales constituent les étiologies majeures, représentant 52 à 75 % des cas. Le mécanisme est principalement périphérique dans le cadre de la CIVD, avec libération du facteur tissulaire sous l'effet de l'endotoxine bactérienne. Des mécanismes tels que l'action toxique directe des germes sur les plaquettes ou leur destruction immunologique par des auto-anticorps fixés à leur surface. [5]

L'asphyxie périnatale représente la principale cause de la thrombopénie précoce après l'infection, entraînant une thrombopénie sévère et prolongée suite à l'agression tissulaire secondaire à l'hypoxie avec activation du facteur tissulaire ce qui déclenche la CIVD. [6] Dans notre série l'asphyxie périnatale été présentée chez un nouveau-né.

Les causes tumorales, notamment la leucémie ou le neuroblastome néonatal, sont possibles. Enfin, des maladies génétiques telles que l'amégacaryocytose congénitale, le syndrome de Turner, le syndrome de Noonan, le syndrome d'Alport, le syndrome de Bernard Soulier et les trisomies. [7]

Le traitement de la thrombopénie néonatale repose sur la prise en charge de l'étiologie et éventuellement la transfusion de plaquettes en cas de besoin. (Voir le tableau 2). [3]

CONCLUSION:

La thrombopénie chez les nouveau-nés est un défi hématologique complexe nécessitant une approche multidisciplinaire. La reconnaissance précoce, le diagnostic précis et la prise en charge appropriée sont essentiels pour assurer des résultats favorables en évitant les complications.

REFERENCES:

- [1] Saxonhouse MD, Martha C. Sola-Visner. Thrombocytopenia in the neonatal intensive care unit. *Neoreviews* 2009;10: 435—45.
- [2] Del Vecchio A. Evaluation and management of thrombocytopenic neonates in the intensive care unit. *Early Hum Dev.* 2014 Sep;90 Suppl 2:S51-5. doi: 10.1016/S0378-3782(14)50014-X. PMID: 25220130.
- [3] Roberts I, Murray NA. Neonatal thrombocytopenia: causes and management. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003;88:359—64.
- [4] Chakravorty S, Murray N, Roberts I. Neonatal thrombocytopenia. *Early Hum Dev.* 2005 Jan;81(1):35-41. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.10.013. Epub 2004 Nov 19. PMID: 15707713.
- [5] OULMAATI, A., BABAKHOUYA, A., HMAMI, F., et al. Le profil épidémiologique du syndrome hémorragique thrombopénique du nouveau-né à propos de 91 cas. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 2013, vol. 26, no 1, p. 1-5.
- [6] Jones CW. Platelet disorders. *Newborn and infant nursing.* Saunders 2004;4:181—90.
- [7] Maury B, Lachassinne E, Eclache V, Arousseau M, Gaudelus J. Diagnostic d'une thrombopénie néonatale. *Med Ther Pediatr* 2002;5(1):59—64.