

THROMBOPÉNIE NÉONATALE PAR ALLO-IMMUNISATION PLAQUETTAIRE FŒTO-MATERNELLE BROCHURE D'INFORMATION À DESTINATION DES PARENTS

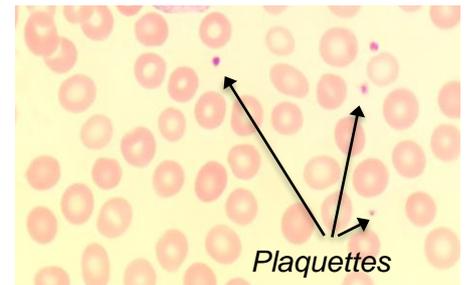
élaborée par le groupe GFHT (gynécologues-obstétriciens, biologistes médicaux, hématologues, néonatalogues, pédiatres) - version 2021



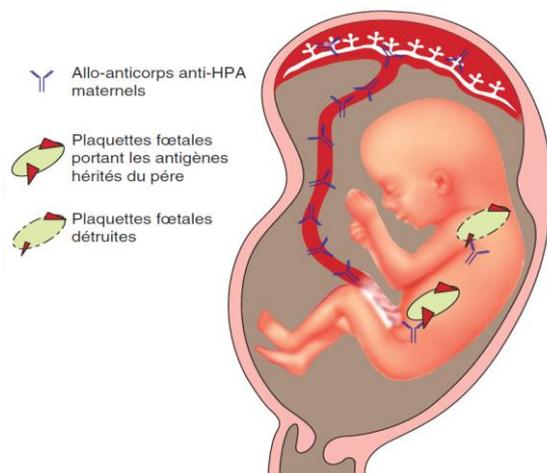
<https://site.geht.org/>

➤ Qu'est-ce que la thrombopénie néonatale allo-immune ?

Les plaquettes sont les cellules du sang qui participent au contrôle des hémorragies. Le nombre de plaquettes est habituellement compris entre 150 et 450 milliards par litre (G/L). A la naissance, lorsque les nouveau-nés présentent des hématomes, des pétéchies (petits points rouges sur la peau) ou un saignement au niveau du cerveau mis en évidence à l'échographie, une prise de sang est réalisée pour rechercher une thrombopénie, c'est-à-dire une diminution du nombre de plaquettes.



On parle de thrombopénie lorsque la numération plaquettaire est inférieure à 150 G/L et de thrombopénie sévère à risque de saignement lorsqu'elle est inférieure à 50 G/L. Parfois, il arrive qu'une thrombopénie sévère soit découverte par hasard lorsqu'une prise de sang est réalisée à la naissance pour une autre raison. Dans ces cas, il peut être nécessaire de rechercher si cette thrombopénie sévère est liée à des anticorps fabriqués par le système immunitaire de la mère et dirigés contre les plaquettes du bébé, ce qui induit leur destruction.



En effet, il existe des antigènes fixés sur les plaquettes du bébé appelés **HPA (Human Platelet Antigen)** qui sont hérités du père et de la mère.

Lorsque le fœtus hérite d'antigènes HPA du père, que la mère ne possède pas, le système immunitaire de la mère peut fabriquer des anticorps anti-HPA qui passent dans la circulation du fœtus.

Ce phénomène s'appelle l'allo-immunisation plaquettaire et la baisse de plaquettes du bébé s'appelle "la thrombopénie néonatale allo-immune".

➤ Comment établir le diagnostic et quel traitement proposer ?

Pour établir le diagnostic de **thrombopénie néonatale allo-immune**, il faut idéalement faire une prise de sang chez la mère, le père, et le nouveau-né présentant une thrombopénie. Ces bilans sanguins permettent d'identifier les antigènes **HPA** du père, de la mère et du bébé et d'identifier une éventuelle incompatibilité. On recherche aussi les anticorps dans le sang de la mère. Le traitement du nouveau-né est adapté en fonction du nombre de plaquettes, et d'autres paramètres cliniques. Il est parfois nécessaire de réaliser une ou plusieurs transfusions de plaquettes.

➤ Comment se déroulera la grossesse suivante ?

- La première des recommandations passe par une **consultation préconceptionnelle** par un gynécologue-obstétricien connaissant cette pathologie, en lien avec un laboratoire et des spécialistes d'immunologie plaquettaire.

- Pour une prochaine grossesse, l'objectif sera d'éviter la survenue de saignements dangereux chez le fœtus ou le nouveau-né, la complication la plus grave étant un saignement au niveau du cerveau.

Le risque zéro ne peut être garanti, mais on dispose de traitements qui tendent à réduire le risque et la gravité de la baisse des plaquettes chez le fœtus et diminuent les complications hémorragiques de façon efficace. Néanmoins, l'équipe médicale se préparera toujours à accueillir un enfant avec un chiffre de plaquettes diminué.

- En pratique, il faudra tout d'abord vérifier si les plaquettes du fœtus sont compatibles ou non avec celles de la mère. En fonction des antigènes **HPA** portés par les plaquettes du père, c'est un diagnostic prénatal (souvent par amniocentèse) vers 4 mois de grossesse qui permettra de conclure.

- En cas d'incompatibilité plaquettaire entre la mère et son bébé, il faudra vérifier la présence ou l'absence d'anticorps et le traitement pourra aller, selon l'avis médical pluridisciplinaire, d'une surveillance rapprochée à un traitement qui consiste en des **perfusions d'immunoglobulines** polyvalentes chez la mère, c'est-à-dire des anticorps de toutes sortes, d'origine humaine, qui vont freiner la destruction des plaquettes du fœtus. Ce traitement commence vers 3 ou 4 mois de grossesse, et est poursuivi chaque semaine jusqu'à l'accouchement.



Pour l'accouchement, la plupart des équipes réalisent une césarienne. Sous certaines conditions, un accouchement par voie basse pourra être autorisé. A la naissance, on contrôle la numération plaquettaire du bébé, par une prise de sang sur le cordon ombilical, puis directement chez le bébé, pour vérifier l'efficacité du traitement maternel. En cas de thrombopénie sévère, le bébé pourra être transfusé en plaquettes en association ou non avec des immunoglobulines polyvalentes.

Est-ce que la thrombopénie néonatale allo-immune est fréquente?

Non, elle survient seulement dans une naissance sur 2000.

Pourquoi les analyses sanguines réalisées pendant ma grossesse n'ont-elles rien décelé?

Comme cet événement est rare, son dépistage ne fait pas partie des analyses de routine. Les médecins peuvent évoquer le diagnostic si le bébé naît avec des signes hémorragiques.

Votre grossesse devra être suivie par une équipe multidisciplinaire composée d'un obstétricien, d'un biologiste ou d'un hématologue spécialisé en immunologie plaquettaire, et d'un néonatalogue/pédiatre.

Quelles sont les conséquences de la thrombopénie allo-immune sur ma santé pendant la grossesse?

Il n'y a aucune conséquence directe sur votre santé. Mais lorsqu'une femme a déjà eu un bébé ayant présenté une thrombopénie néonatale allo-immune, les grossesses suivantes doivent être suivies dans une maternité où un spécialiste pourra lui prescrire un traitement préventif et faire des échographies mensuelles.



Comme tous les médicaments, les immunoglobulines présentent des effets secondaires, le principal étant les maux de tête. On prescrit à la patiente une hydratation importante et du paracétamol pour éviter cet effet secondaire relativement fréquent.

Existe-il des effets secondaires liés aux immunoglobulines?



Puis-je allaiter mon bébé?

Oui, la présence d'anticorps maternels anti-plaquettes n'est pas une contre-indication à l'allaitement.



Mon enfant devra-t-il toujours surveiller sa numération plaquettaire?

Non, il s'agit d'un événement transitoire lié à la grossesse, et sa numération plaquettaire redevient normale après quelques semaines de vie.

Est-ce que le diagnostic de thrombopénie liée à une allo-immunisation plaquettaire est toujours évident ?

Dans certains cas de figures, l'interprétation est complexe et il est difficile d'établir formellement un lien de causalité entre une incompatibilité plaquettaire et la complication hémorragique observée en période fœtale ou néonatale :

- des saignements peuvent survenir, sans lien avec une incompatibilité plaquettaire
- il existe souvent une diminution du nombre de plaquettes en période néonatale, qui n'ont pas de lien avec une incompatibilité plaquettaire
- les incompatibilités HPA entre le père et la mère sont fréquentes, mais l'immunisation maternelle qui peut en résulter reste très rare et parfois difficile à mettre en évidence.