**Foetal/Neonatal Allo-immune Thrombopenia**

**(FNAIT)**

Journal of Clinical Medicine, Volume 7 No.4 2012

**EPIDÉMIOLOGIE**

* Seulement 2% des femmes sont HPA-1a négatives et parmi elles environ 10% développent des AC 🡪 FNAIT dans environ 1/1'000 naissances
* La mère développe des AC après contact avec du sang fœtal
	+ 75% à la naissance
	+ 25% durant la grossesse
	+ Aussi possible sur don de sperme (qui contient des plaquettes paternelles)
* FNAIT 🡪 Hémorragie Intra Crânienne (HIC) ad 7-25% des cas
* Après 1ère FNAIT 🡪 90% de risque de récidives

**ANTIGÈNES PLAQUETTAIRES EN CAUSES**

* 80-85% sur AC anti HPA-IA 🡪 Mère HPA-Ia négative et père positif (mécanisme similaire à l’allo-immunisation Rhésus)🡪 Passage d’IgG transplacentaires
* 10-15% sur AC anti HPA-5a (et HPA-4a chez asiatiques)
* Autres AC plaquettaires car on connaît 16 HPA…

**SYMPTÔMES**

* 80% d’HIC à L’US avant l’accouchement (+ /- ventriculo-mégalie)
* A la naissance :
	+ Purpura
	+ Saignements GI, génito-urinaires
	+ Céphalhématome

**LABO**

* US cérébral à la naissance
* Discuter CT-IRM cérébrale

**TRAITEMENT**

* Maternel anténatal :
	+ IVIG (1-2 g/kg max 100g) chez la mère 1x/sem. dès 20 SA +/-corticoïdes
* Post natal de l’enfant:
	+ Transfusion de plaquettes HPA-Ia et 5anégatives
	+ Methyl-prednisone: 1mg/kg ttes 8h
	+ IVIG
		- Si mère connue pour antécédent d’enfant atteint de NAIT et nné avec Thr < 30 G/L
		- Si mère avec Thr < 30 G/L sur Thrombopénie Immune Primaire sévère (ITP) et

**SUIVI ET PRÉVENTION**

* Peu de risque d’HIC après la 1ère semaine de vie
* Dans les FNAIT les plaquettes se normalise entre 2 à 6 semaines
* Pas de dépistage (génétique) chez fœtus sauf si ATCD de FNAIT dans enfant précédents
* ATCD de FNAIT 🡪 conseil génétique

**Neonatal Iso-immune Thrombopenia**

**(NIIT)**

Epidémiologie :