**Saignements chez le nné**

*Neoreviews 2008; 9;e162*

**1/ ANOMALIES DES PLAQUETTEs**

**2/ ANOMALIE DES FACTEURS DE COAGULATION**

**3/ DEFICIT EN VITAMINE K**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Symptômes**

* Anémie
* Ictère
* Pétéchies (surtout si pb plaquettaires)
* Hématomes palpables (surtout si anomalies des protéines de coagulation)
* Fatigue au sein/biberon
* Apnée
* Signes d’hémorragie intracérébrale : convulsions, fontanelle bombante, anomalies réactivité ou tonus

**Diagnostic différentiel**

* Anomalies de s plaquettes :
	+ Thrombopénies
	+ Dysfonction plaquettaire
* Anomalies congénitales en facteur de coagulation
	+ Hémophilie A (f.VIII) : 1/10’000
	+ Hémophilie B (f.IX) : 1/30’000
* Déficit en Vitamine K
* Insuffisance hépatique (sepsis, aspyhxie, maladie métabolique): fulminante, atteinte de **tous** les test des coagulation
* CIVD (sepsis, NEC, asphyxie, insuffisance hépatique) : atteinte de **tous** les test des coagulation
* Sepsis, NEC : thrombopénie marquée

**Laboratoire**

CAVE **:**

* Héparine sur VVP => prévenir le labo pour qu’il puisse ajouter de l’héparinase
* Polyglobulie => Prévenir le laboratoire pour qu’il puisse adapter le taux de citrate
* **FSC**
	+ GR (anémie)
	+ Plaquettes
		- Thrombopénie. CAVE : vérifier l’absence de micro agrégats (fausse thrombopénie) !
		- Petite plaquettes (Wiskott Aldrich)
		- Grosses plaquettes => Ehlers –Danlos (production accrue dans la moelle)
* **Crase :**
	+ TP (pour prématuré voir sur tables appropriée sinon sera faussement augmenté)
	+ PTT
	+ Fibrinogène (consommation et fonction hépatique)
	+ PFA-100 ou Temps de saignement (mais nécessite de faire une incision). CAVE non interprétable si plaquettes < 100 G/l !
	+ Facteur de coagulation
		- Facteur IX (hémophilie A)
		- Facteur VIII (hémophilie B ou m. de von Willebrandt)
* **Dosage des D-dimères**
* **Apt test** (dilution du sang dans 1% de NaOH)

****

**1/ ANOMALIES DES PLAQUETTES**

Signe d’appel : pétéchies, hémorragies muqueuses

**Thrombo-pénies** => saignements en général si plaquettes < 10-20 G/L chez un enfant sain et 50 G/L pour ceux avec sepsis ou nécessitant des procédures invasives

* Thrombopénies par consommation :
	+ CIVD
	+ Sepsis
	+ NEC
* Thrombopénies allo-immune (mère avec plaquettes normales) : 1 enfant sur 1000, AC maternel contre PLA-1 Ag, risque plus important pour les grossesse ultérieures, traitement par IVIG 1/- Tf de plaquettes maternelles
* Thrombopénie auto immune maternelle (mère avec plaquettes abaissées), plus rare. Ttt : IVIG
* Thrombo**pénies** congénitales :
	+ TAR : Pas de radius et pouce normal
	+ Anémie de Fanconi : anomalie du pouce +/- du radius
	+ Wiskott-Aldrich : **petites plaquettes**, eczéma, IgM basses, infections)
	+ Amégacaryocytose congénitale => rechercher malf. cardiaque associée.
	+ Leucémie néonatale (« blue berry muffin »)
	+ Trisomie 21 (= pb transitoire)

**Anomalie congénitale de la fonction plaquettaire :**

* Thrombasthénie de Glanzmann : mutation récessive du récepteur plaquettaire au **fibrinogène** (le GPIIbIIIa)
* Sd de Bernard Soulier : mutation récessive du récepteur plaquettaire au **collagène** (GPIB/IX) et **plaquettes géantes**.
* Sd d’Ehlers-Danlos : maladie du collagène avec hyper laxité articulaire et cutanée, difficultés de cicatrisation et abortus fréquents.

**Traitements**:

* Tf de plaquettes (10 cc/kg) ad min 50 G/l
* Facteur VII (ex: Novoseven®) (50 mcg/kg) si saignements sur dysfonction plaquettaires sans thrombopénie. Le but principal étant de limiter les transfusions et le risque de sensibilisation contre les plaquettes des donneurs.
* IVIG pour thrombopénies immunes

**2/ ANOMALIE DES FACTEURS DE COAGULATION**

* Hémophilie A et B
	+ **Hémophilie A** (f.VIII) :
		- 1/10'000 naissances
		- 100% d’hémorragies du cordon
		- 4% d’hémorragies cérébrales
		- Diagnostic possible dès la naissance. car valeur du f.VIII déjà idem adulte
		- DD : m.von Willebrandt type III avec f.VIII< 10% => toujours doser le facteur von Willebrandt dans les hémophilie A
	+ **Hémophilie B** (f.IX) : 1/30'000 naissances => diagnostic difficile à la naissance car valeur f.IX du nouveau né physiologiquement basses => besoin de redoser vers 6-12 mois
	+ **Autres : absence congénital en**
		- **Fibrinogène**
			* 1/106
			* Saignements similaire à thrombopénies dès que fibrinogène < 50mg/L
			* 25% d’hémorragies cérébrales
		- **Facteur XI ou XII**: asymptomatique avec PTT augmenté
		- **Prothrombine (f.II) :** Incompatible avec la vie

**3/ DEFICIT EN VITAMINE K**

* **Parmi les causes les plus fréquentes de saignement chez un nouveau-né par ailleurs sain**

**Etiologies** selon délai d’apparition des symptômes



**Labo**:

* + Augmentation TP>>PTT
	+ Fibrinogène, D-dimères, Nb plaquettes, PFA-100 normaux
	+ Rechercher une cause de malabsorption des lipides si déficit en vitamine K après 2 mois de vie (mucoviscidose, atrésie biliaire, déficit en alpha-1 AT)

**Traitement**:

* Vitamine K IV/IM: 0,5-1 mg => **Effet sur le TP en 4-6h!**
* En cas d’hémorragie SNC en attendant la correction du TP
	+ Plasma frais congelé (15 cc/kg)
	+ rF.VII 90 mcg/kg
* Nb: la prophylaxie par la Vitamine K per os protégé **pendant 1 mois** (raison pour laquelle la vitamin K est poursuivie ad 3 mois chez le nourrisson en France)

**IL EST UTILE DE CONTRÔLER LA CRASE 1H APRES LA TRANSFUSION ET 12-24H APRES POUR SAVOIR LA DUREE DE LA REPONSE POUR DETERMINER LE TIMING DES FUTURS TRANSFUSIONS**

****