

Dr A / Bouhdjila

INTRODUCTION :

l'anémie= baisse du taux d'hémoglobine

- Inférieur à 16gr / 100ml à l'âge de 0-48h .
- Inférieure à 14,5g / 100ml entre 49 h- 7j .
- Inférieure à 10g / 100mil entre 8j - 28j .

Interet triple

- fréquence .
 - N.né exposé aux agressions qui retentissent sur son capital érythrocytaire .
 - certaines étiologies peuvent être prévenues .
- (Incompatibilité fœtomaternelle, maladie hémorragique du n.né)

1-SYMPATOMATOLOGIE :

1.1 - Tableau aigu :

Tableau de choc hémorragique +/- grave .

Pleur / Collapsus / SDR

Parfois insuffisance cardiaque (la perte rapide de 30ml de sang chez n.né expose à une pâleur et un choc)

1.2- anemie chronique :

1.2.1- Tableau d'anémie hémolytique

Anémie + Ictère + splénomégalie

Si le processus hémolytique est très important avant la naissance ou observe un tableau d'anasarque fœto placentaire

1.2.2 - tableau d'insuffisance médullaire d'installation progressive

1.3 - Pâleur isolée :

La pâleur est le seul signe d'alarme .

2. BILAN :

FNS , Hemoglobine + + +

Au total le diagnostic positif repose sur la symptomatologie + taux d'hémoglobine

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL (2EME ETAPE) (avant le dosage de l'hb)

1.un SDR

2. une défaillance cardiaque

3. un état de choc en rapport avec un état infectieux

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Se base sur

1. Données anamnestiques

Déroulement de grossesse , conditions accouchement , étude de la famille

2. Données cliniques

Examen clinique complet recherche signe associés

3. Données biologiques (4ex)

-3.1 hémogramme complet

-3.2 Taux de réticulocyte

-3.4 frottis sanguin

4. ETIOLOGIES

4.1 LES HEMORRAGIES

-absence initiale de d'ictère (peut apparaitre par la suite)

Jamais d'hepatosplenomegalie (sauf si insuffisance cardiaque)

Gr et hb diminues de façon parallèle si saignement répète in utérus anémie hypochrome

Réticulocytes et érythroblastes élevé, test de coombs direct négatif

4.1.1 - hemorragies prénatales

A / transfusion foeto maternelle

Secondaire

Amniocentèse traumatique , version manoeuvre ext, chute avec trauma du placenta

Cryptogénétique

B / Transfusion foeto fœtale : jumeaux mono choriaux avec anastomose entre système artériel du transfuseur et système veineux du transfuse

4.1.2- Hgies pré et perinatales

Placenta previa HRP

Décollement placentaire .

Incision placentaire

B- rupture d'un vaisseau ombilical

Normal, accouchement traumatique

Anormal : varices , anévrisme , vaisseau aberrant

Blessure du cordon lors d'une amniocentèse

C / Hémorragie ou transfusion foeto placentaire

4.1.3- Hgies post-natales int et externes :

Hgies-iatrogenes : prelevements sg multiples

Hématomes extensifs du cuir chevelu : cephalhematomas : echymoses- importantes

Hgies intracrâniennes

Hématomes sous capsulaire du foie de la rate

Hgies perirenales et surrenaliennes

Hgies digestives: par maladie hémorragique du n.ne ou un par oesophagite peptique

Hgies internes où externe dues a : CIVD ou déficit électif en facteurs de la coagulation, ou dues a un anomalie des plaquettes (Thrombopénies constitutionnelles ou acquises ou thrombopathies)

4-2 LES HEMOLYSES

4-2-1 ANEMIES HEMOLYTIQUES IMMUNOLOGIQUES

Incompatibilité foeto- maternelle: dans le système Rh /ABO ou les sous groupes

Autres causes : infections, maladies du systeme

4-2-2 causes toxiques : médicaments ;vit k hydrosoluble à forte dose donnée a la mère

4-2-3 anomalies constitutionnelles:

enzymopathies

Hemoglobinopathies : sdr thalassemiques

Anomalies de membrane

4-2-4: causes infectieuses; acquises ou congénitales

4-3 ANEMIES D'ORIGINE CENTRALE :

Absence d'ictère, brb non augmentée, pas de réticulocytose, ni d'érythroblastose

Anémie normo chrome normocytaire

Myélogramme : soit infiltration par des leucoblastes, ou cellules anormales

l soit moelle deserte : aplasie de la lignée rouge : maladie de Blackfan Diaï ou maladie de Fanconi

Conduit pratique - (4^{ème} étape)

2 situations : urgence ou non urgence

1. urgence (anémie aigue)

1.1-mise en condition

-chaîne de chaleur /asepsie/couveuse /position de sécurité

-assurer perméabilité VAS

-surveiller les constantes vitales /-monitoring

-voie d'abord solide pour bilan et TRT

-sac à urines

1.2-Bilan et conduite dgc étiologique

1.3-Mise en route du TRT

1.3.1-symptomatique

TRANSFUSION

1. Choix du sang

2. Avant la transfusion faire les prélèvements indispensables au dgc étiologique Iso groupe, iso Rh (en principe suivre le tableau selon groupe mère), Sang le plus frais possible

-Moins de 72h

-Réchauffe à température ambiante

4. Quantité de sang à transfuser

4.1- à partir du ix hb 6ml de sang/kg augmentent le tx d 'hb de 1g

3 ml de culot globulaire

Debit 50ml /heure