



Trombocitopenia alloimmune fetale e neonatale

Informazioni per il paziente

Cos'è la TAFN?

La trombocitopenia alloimmune fetoneonatale, o TAFN, si verifica quando il sistema immunitario materno produce anticorpi che attaccano le piastrine del feto e/o del neonato. Ciò può determinare una riduzione della conta piastrinica, con rischio di sanguinamento nel feto e/o nel neonato. Se il sanguinamento si verifica a livello cerebrale, possono derivarne conseguenze a lungo termine.

Cos'è la trombocitopenia?

"Trombocita" è un termine alternativo per definire una piastrina, cellula del sangue coinvolta nel processo emostatico volto ad interrompere il sanguinamento. "Penia" è un termine che indica una carenza, un numero ridotto. Trombocitopenia, dunque, vuol dire "basso numero di piastrine".

Cosa significa alloimmune?

Il termine "alloimmune" identifica una patologia nella quale il sistema immunitario produce anticorpi che attaccano proteine riconosciute come estranee (ad esempio le proteine del feto che sono state ereditate dal padre).

Ci sono altri nomi per definire la TAFN?

La TAFN è anche nota come PTAN (porpora trombocitopenica alloimmune neonatale), FNAIT (Fetal/neonatal alloimmune thrombocytopenia).

Perché si verifica?

Le nostre piastrine sulla loro superficie hanno molte proteine (antigeni). Ogni persona ha un diverso set di proteine, ereditate dai propri genitori.

Queste diverse proteine piastriniche determinano diversi gruppi piastrinici, proprio come le diverse proteine presenti sui globuli rossi determinano i diversi gruppi sanguigni. Tali differenze non influiscono sulla loro funzionalità.

Se un bambino, tuttavia, eredita dal padre una proteina assente sulle piastrine della madre, quest'ultima può rispondere alla proteina estranea producendo un anticorpo in grado di attaccarla.

Tale anticorpo può passare dal sangue materno al bambino, attaccando le sue piastrine e distruggendole, con rischio di sanguinamento.

Gli anticorpi della madre possono rimanere nel circolo ematico del bambino per settimane, con conseguente rischio di sanguinamento nel bambino prima della nascita (trombocitopenia fetale), durante il parto o dopo la nascita (trombocitopenia neonatale).

Diverse sono le proteine che possono causare TAFN, ma la più comune è chiamata Human Platelet Antigen (HPA) -1a.

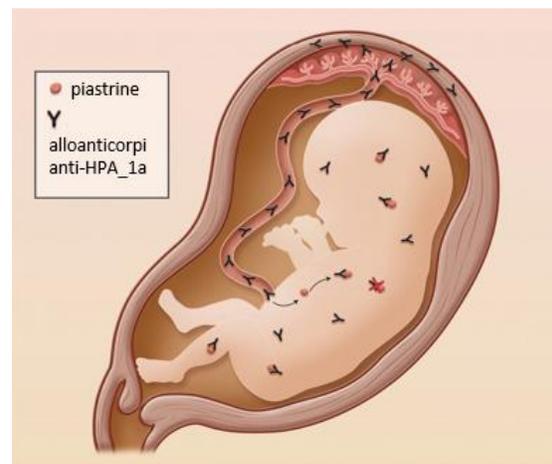


Diagramma adattato da A Platelet Cover-up di Donald M. Arnold, Blood 2013 122: 307-309, riprodotto con permesso

Come viene diagnosticata?

I medici possono sospettare una condizione di TAFN se notano nel neonato sanguinamenti o lividi, in caso di evidenza di riduzione del numero di piastrine all'esame emocromocitometrico eseguito dopo la nascita o in caso di comparsa di sintomi neurologici. Alcuni neonati potrebbero manifestare una specifica eruzione cutanea definita "petecchia".

La diagnosi di TAFN può essere confermata prelevando campioni di sangue materni, paterni e talvolta dal neonato. Se il conteggio delle piastrine del neonato è molto basso, i medici escluderanno la presenza di emorragie cerebrali eseguendo un'ecografia transcranica.

Come vengono trattati i bambini con TAFN?

Potrebbe essere necessario ricoverare il bambino nell'unità di terapia intensiva neonatale per un attento monitoraggio.

I medici forniranno indicazioni per i trattamenti necessari per aiutare a prevenire o per curare il sanguinamento. Attualmente, le trasfusioni di piastrine ne rappresentano il principale trattamento. In alcuni casi possono essere somministrate immunoglobuline per via endovenosa (IVIG).

Cosa si può fare per prevenire la comparsa di TAFN nelle future gravidanze?

È possibile che si verifichi nuovamente una condizione di TAFN nella sua prossima gravidanza. Ciò dipende dalle proteine piastriniche che il bambino eredita da lei e dal padre.

In futuro, in caso di nuova gravidanza, il medico dovrebbe indirizzarla ad un centro specializzato, dove potrà essere strettamente monitorata, in maniera da iniziare il trattamento sin dalla 12^a-16^a settimana di gestazione. Questo trattamento può includere immunoglobuline per via endovenosa (IVIG) ed eventualmente steroidi.

Altre domande frequenti

D: Quanto è frequente la TAFN?

R: La TAFN è una condizione rara. La sua incidenza è da 1: 1.000 a 1: 3.000.

D: La TAFN è uguale alla PTI?

R: No, la TAFN è diversa dalla PTI (porpora trombocitopenica immune). La PTI è una malattia autoimmune della madre in cui gli anticorpi attaccano le piastrine materne ma, se superano la barriera placentare, possono distruggere anche quelle del feto e del neonato.

D: Perché i miei esami del sangue in gravidanza non mostravano che il mio bambino era in pericolo?

R: Poiché la TAFN è una condizione rara, i medici non eseguono regolarmente lo screening. Generalmente si pone sospetto di TAFN se il bambino nasce con lividi o eruzioni cutanee.

D: Può esser stata determinata da qualcosa che ho fatto, mangiato o bevuto?

R: No, la TAFN non è correlata ad alcuna esposizione ambientale o alimentare. Non c'è nulla che la madre abbia fatto per poterla causare.

D: La TAFN influenza la madre durante la gravidanza?

R: La TAFN non influenza direttamente la salute della madre, ma una volta diagnosticata, la successiva gravidanza dovrebbe essere seguita da uno specialista che potrebbe raccomandare trattamenti preventivi.

D: Il mio bambino sarà sempre a rischio di piastrinopenia?

R: No, il ridotto numero di piastrine dovrebbe durare solo poche settimane dopo la nascita.

D: Una diagnosi di TAFN comporta che il mio bambino avrà un sistema immunitario insufficiente quando diventerà più grande?

R: No. La TAFN non è associata ad un sistema immunitario insufficiente.

D: Posso allattare al seno il mio bambino?

R: Sì, se il pediatra lo ritiene opportuno, l'allattamento al seno non è controindicato. È raro che l'anticorpo venga trasmesso attraverso il latte materno.

D: Mio fratello o mia sorella dovrebbero essere sottoposti a specifici esami?

R: Le sue sorelle potrebbero avere la stessa espressione di proteine piastriniche in grado di indurre la risposta immunitaria, pertanto dovrebbero essere sottoposte ad esame specifico. Altri parenti non hanno necessità di essere testati.

D: Chi dovrebbe essere coinvolto nella cura di una madre a rischio di TAFN?

R: Se è noto che una madre è a rischio di TAFN, la gravidanza dovrebbe essere seguita da un team multidisciplinare di specialisti, incluso un ostetrico e un ematologo.

D: Ho davvero bisogno di cure?

R: La necessità di trattamento si basa su diversi fattori che dovrebbe discutere con il suo medico. Si renderà probabilmente necessario per prevenire una riduzione del numero di piastrine nel feto e nel neonato.

Dove posso ottenere maggiori informazioni?

Visita il sito www.naitbabies.org (in inglese)



Le informazioni contenute in questo opuscolo dovrebbero essere discusse con il suo medico. Esso non è destinato a sostituire il parere di un medico e non dovrebbe essere usato per prendere decisioni mediche autonomamente.

Questo documento è stato creato dalla International Collaboration for Transfusion Medicine Guidelines (ICTMG), un gruppo internazionale di esperti in ambito trasfusionale riuniti per creare e promuovere linee guida basate sulle evidenze scientifiche per ottimizzare la cura delle trasfusioni. Se desidera ulteriori informazioni può visitare il nostro sito Web all'indirizzo www.ictmg.org.