

العنوان:	أسباب نقص الصفيحات عند الاطفال والرضع
المؤلف الرئيسي:	هلال، محمود
مؤلفين آخرين:	سريو، محمد علي، خانجي، خالد(مشرف)
التاريخ الميلادي:	2003
موقع:	حلب
الصفحات:	1 - 80
رقم MD:	575943
نوع المحتوى:	رسائل جامعية
اللغة:	Arabic
الدرجة العلمية:	رسالة ماجستير
الجامعة:	جامعة حلب
الكلية:	كلية الطب
الدولة:	سوريا
قواعد المعلومات:	Dissertations
مواضيع:	طب الاطفال، الصفائح المناعية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/575943



جامعة حلب
كلية الطب
قسم الأطفال

أسباب نقص الصفائح عند الأطفال والرضع

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في طب الأطفال

إعداد

د. محمود هلال

إشراف

الدكتور محمد علي سريو

أستاذ دكتور في قسم الأطفال
كلية الطب - جامعة حلب

إشراف

الدكتور خالد خانجي

مدرس في قسم الأطفال
كلية الطب - جامعة حلب

١٤٢٤ هـ

٢٠٠٣ م



جامعة حلب
كلية الطب
قسم الأطفال

أسباب نقص الصفائح عند الأطفال والرضع

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا في طب الأطفال

إعداد

د. محمود هلال

إشراف

الدكتور محمد علي سريو

أستاذ دكتور في قسم الأطفال
كلية الطب - جامعة حلب

إشراف

الدكتور خالد خانجي

مدرس في قسم الأطفال
كلية الطب - جامعة حلب

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات نيل درجة الماجستير في اختصاص طب الأطفال في
كلية الطب - جامعة حلب.

١٤٢٤ هـ

٢٠٠٣ م

شهادة

أشهد بأن العمل الموصوف في هذه الرسالة ، هو نتيجة بحث قام به المرشح طالب الدراسات العليا الدكتور محمود هلال ، تحت إشراف الأستاذ الدكتور علي سريو و المدرس الدكتور خالد خانجي في قسم الأطفال من كلية الطب في جامعة حلب وأي رجوع إلى بحث آخر في هذا الموضوع موثوق في النص .

المشرف على البحث :

المدرس الدكتور خالد خانجي

الأستاذ الدكتور علي سريو

تصريح

أصرح بأن هذا البحث (نقص الصفائح عند الأطفال والرضع في مشفى حلب الجامعي) لم يسبق أن قبل لأية شهادة ولا هو مقدم حالياً للحصول على شهادة أخرى .

المرشح
طالب الدراسات العليا
الدكتور محمود هلال

نوقشت هذه الرسالة بتاريخ / / ٢٠٠٣ م

و أجزت

المشرف على الرسالة
الأستاذ الدكتور علي سريو المدرس الدكتور خالد خانجي

شكر

أتقدم بالشكر إلى الأساتذة الكرام أعضاء الهيئة التدريسية في قسم الأطفال بمشفى حلب الجامعي الذين كان لهم الفضل في إرشادنا إلى مناهل العلم و المعرفة و البحث العلمي الصحيح و أخص بالشكر الأستاذ الدكتور محمد علي سريو و المدرس الدكتور خالد خانجي اللذين أشرفا على هذه الرسالة لتخرج بأفضل ما يمكن .

الدكتور محمود هلال

الإهداء

إلى والديّ الذين ضحوا في سبيل نجاحي ...

إلى أخوتي الأعزاء رفاق دربي ...

إلى أطفال العراق .. و فلسطين .. أمل المستقبل ...

أقدم جهدي المتواضع هذا

محمود

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
٢	الباب الأول : القسم النظري
٢	- المقدمة
٣	- لمحة عن بنية الصفائح و دورها
٦	- اضطرابات الصفائح الكمية
٧	- أسباب نقص الصفائح عند الأطفال
٨	- نقص الصفائح المناعي
٩	- فرقرية نقص الصفائح الأساسي
٢١	- نقص الصفائح المناعي الدوائي
٢٢	- نقص الصفائح المناعي من منشأ مرضي
٢٣	- الفرقرية التالية لنقل الدم
٢٣	- نقص الصفائح غير المناعي
٢٨	- نقص الصفائح بسبب نقص الانتاج
٢٩	فقر الدم اللامصنغ
٣١	ارتشاح النقي
٣٧	- انتاج غير فعال للصفائح
٣٧	فقر الدم العرطل
٣٨	تناذر مي هكلين
٣٩	متلازمة ويسكوت الدريتش
٤٠	الباب الثاني : القسم العملي
٤٣	- طريقة الدراسة
٤٤	- توزع الحالات حسب العمر
٤٧	- توزع الحالات حسب الجنس
٤٨	- توزع الحالات حسب شيوع العلامات
٤٩	- توزع الحالات حسب تعداد الصفائح
٥١	- توزع الحالات حسب MPV

- ٥٢ - توزيع الحالات حسب قيم الخضاب
- ٥٥ - توزيع الحالات حسب تعداد الكريات البيض
- ٦١ - توزيع الحالات حسب السبب
- ٦٢ - الدراسة المقارنة
- ٧٥ - النتائج
- ٧٨ - التوصيات
- ٧٩ - الخلاصة
- المراجع .

مخطط الدراسة:
القسم النظري :

١-لمحة عن بنية الصفحات ودورها.

٢-تشخيص تفريقي لنقص الصفحات عند الأطفال والرضع.

٣-الفحوص المخبرية المساعدة في التشخيص وأهميتها.

القسم العملي:
و يتضمن :

- عينة البحث و كيفية اختيارها .
- استمارة البحث .
- دراسة توزع الحالات المدروسة حسب:
 - العمر .
 - الجنس .
 - شيوع الأعراض و العلامات.
 - حسب قيم الصفحات و الخضاب و الكريات البيض .
 - حسب السبب.
- دراسة مقارنة مع أشيع سبب لنقص الصفحات (ITP).
- النتائج .
- التوصيات .

القسم النظري:

مقدمة:

تعتبر الصفائح أصغر مكونات الدم الخلوية ، حيث يتراوح قطرها ما بين ٢-٤ ميكرو متر ، و سماكتها ٠,٥ ميكرو متر ، و حجمها الوسطي حوالي ٨ فمتوليتر .
٥٨٠٩٥٢

تتشكل الصفائح في نقي العظم من النواءات (خلايا كبيرة جداً تشتق من الخلية الجذعية).

في بدايات اكتشاف المجهر الضوئي ، فسرت الصفائح على أنها غبار دموي blood dust ، أما الآن فتعتبر الصفائح عنصر أساسي في عملية الإرقاء الأولي .

فعندما تحدث أذية في الطبقة البطانية للأوعية الدموية ، تسارع الصفائح لتشكل سدادة تنطلق معها عملية الإرقاء.

عند حدوث نقص في تعداد الصفائح ، يتظاهر سريرياً على شكل نزوف بالأغشية المخاطية والجلد.

في هذا البحث سوف نناقش شذوذات الصفائح الكمية فقط .

لمحة عن بنية الصفائح و دورها :

١- تشكل الصفائح :

تتشكل الصفائح من النواءات المشتقة من الخلية الجذعية في نقي العظم و يتراوح تعداد الصفائح الطبيعي بين ١٥٠ - ٤٠٠ ألف /ملم^٣ .

يتراوح حجم الصفائح الطبيعي MPV حوالي ٨ فمتوليتر ، و تكون الصفائح الفتية، أكبر حجماً من الصفائح الكهلة، و هذا يفيد في التوجه نحو سبب نقص الصفائح ، حيث أن ارتفاع MPV يشير إلى زيادة التحطم ، و نقص MPV يشير إلى نقص في الإنتاج .

٢- فترة حياة الصفائح :

المعدل الوسطي لحياة الصفائح ، يتراوح بين ٧-١٠ أيام من ثم تزال من الدوران ، بواسطة الجهاز الشبكي البطاني (حيث يزيل الطحال ٥٠% من الصفائح المنتهية حياتها أثناء مرورها عبره) .

٣- بنية الصفائح:

بواسطة المجهر الإلكتروني يمكن تمييز الأجزاء التالية :

١- غلاف خارجي يحيط بالصفحة ، له دور في عملية الالتصاق وفي عملية امتزاز عوامل التخثر .

ففي الحالة الطبيعية يمنع الغلاف، التصاق الصفحة بالبطانة الوعائية السليمة ، أما في حال حدوث أذية وعائية فيساهم الغلاف في التصاق الصفحة بألياف الكولاجين المعراة .

٢- غشاء خلوي .

٣- جوف الصفحة و هو مملوء بالمكتنفات التالية :

- __ جزيئات الأكتين و الميوزين و التي يمكن أن تسبب تقلص الصفيحة .
- __ حبيبات الغلوكوجين و المتقدرات التي تؤمن للطاقة اللازمة لعملها .
- __ العامل المثبت للفيبرين .
- __ حبيبات إفرازية : وهي نوعين :

- حبيبات كثيفة تحوي كالسيوم .
- حبيبات ألفا و هي تحوي: PFIII-ADP-ATP و الفيبرينوجين الصفيحي .

٤- التصاق و تكدس الصفيحات :

عند حدوث أذية في بطانة الأوعية الدموية ، تلتصق الصفيحات بالطبقة ما تحت بطانية للوعاء المصاب ، و هنا يلعب عامل فون ويلبراند المتحرر من الخلايا المصابة ، دور الجسر ، حيث يصل ما بين الغلاف الصفيحي وألياف الكولاجين المعراة ، بعد أن يرتبط بالمكون الصفيحي Ib (بروتين سكري) ، و تتحول الصفيحة إلى الشكل الكروي و ترسل استطالات طويلة تتداخل مع استطالات الصفيحات المجاورة ، لتشكل ما يدعى بالسداة الصفيحية الهشة و يلزم هذه العملية من الوقت ٣-٥ دقيقة .

خلال عملية التكدس هذه تحدث عدة أمور :

- ١- يتحرر حمض الأراشيدونيك ، و يتحول إلى PG خاص يدعى الثرمبوكسان A2 الذي يحافظ على التقبض الوعائي و يزيد التكدس و التشابك بين الصفيحات .
- ٢- يتشكل العامل الصفيحي الثالث PFIII ، و هو فوسفوليبيد يشتق من الغشاء الخلوي للصفيحات .
- ٣- يتحرر ADP ، الذي يزيد التكدس و التشابك الصفيحي و يحرض الصفيحات على تحريز حبيباتها الإفرازية .

حيث يتحرر من الحبيبات الكثيفة ، العامل الصفحي الرابع الذي يلعب دوراً معاكساً للهارين موضعياً، وكذلك يحمي الثر ومبين الذي سيحول الفيبرينوجين الصفحي إلى فيبرين يساهم في لصق الصفحات المتشابكة و جعلها كتلة واحدة .

كما تتحرر الأمينات الفعالة مثل السيروتونين و الكاتيكول أمين ، التي تساهم في تقبض الوعاء المصاب و زيادة تكس الصفحات .

ويتحرر من الحبيبات ألفا : العامل الصفحي PFIII و الفيبرينوجين الصفحي و ADP لتوليد الطاقة اللازمة .

وهكذا نلاحظ أن الصفحات لها القدرة على تغيير شكلها و كذلك التقلص و لها القدرة على امتزاز عوامل التخثر بواسطة غلافها الخارجي، كما أن لها دور في شلال التخثر من خلال العامل PFIII .

٤- يتحرر عامل النمو ، الذي يسبب نمو وتضاعف الخلايا البطانية الوعائية و الخلايا العضلية الملساء للأوعية و الأرومات الليفية مما يساهم في إصلاح الجدار الوعائي المتأذي .

اضطرابات الصفائح الكمية :

مقدمة :

يعرف نقص الصفائح عند الأطفال ، بوجود تعداد صفائح أقل من ١٥٠ ألف /ملم^٣.

و يعرف نقص الصفائح الكاذب ، بوجود نقص في تعداد الصفائح لكن عددها طبيعي ضمن الدوران، و يحدث ذلك بسبب تكس الصفائح في الأنبوب أو المحقنة ، أو بسبب وجود أضداد للصفائح أدت إلى تراصها و بالتالي تعد على أنها كريات حمر أو بيض .

و أحيانا يحدث ارتفاع صفائح كاذب نتيجة عد أجزاء ليست بصفائح على أنها صفائح كوجود أشلاء كريات حمر .

في الظروف السوية ، يتوضع ثلث الصفائح في الطحال و هذا الجزء المدخر في الطحال يشكل مخزون يستخدم وقت الشدة ، فإعطاء الأدرينالين يؤدي إلى زيادة تعداد الصفائح المحيطي حوالي الثلث ، و يتناسب الجزء المخزون في الطحال طرداً مع حجم الطحال ، و بالتالي فإن ضخامة الطحال أو اللاطحالية يجب أن تؤخذ بالحسبان عند تفسير تعداد الصفائح المحيطي ، ويجب ألا يعزى تعداد الصفائح الأقل من ٥٠ ألف إلى ضخامة الطحال دون نفي الأسباب الأخرى .

يعود نقص الصفائح الحقيقي إلى آليتين :

إما نقص في الإنتاج أو زيادة في الاستهلاك ، و بشكل مشابه لتقييم إنتاج الكريات الحمر من خلال معرفة تعداد الشبكيات ، فإن تحديد نسبة الصفائح الفتية يلعب دوراً في معرفة سبب نقص الصفائح ويتم ذلك من خلال معرفة عدد الصفائح التي تحوي بقايا الحمض النووي RNA حيث أن الصفائح الفتية تحوي بقايا منه فقط ومع تقدم عمر الصفيحة تفقد هذه البقايا .

تقريباً جميع أسباب نقص الصفائح بسبب نقص الإنتاج، تؤدي إلى نقص في العناصر الأخرى ، عدا غياب النواءات الخلقي .

و نشك بكون السبب زيادة استهلاك عند وجود تعداد محيطي طبيعي لباقي عناصر الدم مع وجود صفيحات كبيرة الحجم على اللطاخة المحيطية مع وجود MPV مرتفعة ، و يتم إثبات التشخيص ، من خلال بزل النقي و ملاحظة تعداد طبيعي أو مرتفع للنواءات .

أسباب نقص الصفيحات عند الأطفال :

١- نقص الإنتاج :

■ نقص النواءات في النقي :

خلقي :

- تناذر فانكوني
- تناذر تار
- غياب النواءات الخلقي
- أسباب والدية :

تناول الأم للثيازيد أثناء الحمل ، الحصبة الألمانية ، CMV ،

مكتسب :

فقر دم لا مصنع - ارتشاح نقي العظم .

■ إنتاج غير فعال للصفيحات :

- فقر دم عر ظل
- تناذر مي - هيكلين
- ويسكوت الدريتش
- عوز الثرومبو بيوتين
- برنا رد سويلر
- حالات استقلابية وصبغية

٢- زيادة التحطم :

(١) مناعي :

- ITP
- دوائي
- مرضي: الإيدز - اللمفوما - SLE-JRA - تناذر إيفانز.
- PTP

(٢) غير مناعي :

- كاسباخ ميريت
- فرط نشاط الطحال
- الإنتانات الخلقية والمكتسبة
- HUS
- TTP
- DIC
- أمراض القلب المكتسبة والخلقية و القناطر والصمات

الاصطناعية

نقص الصفائح المناعي :

يعتبر نقص الصفائح المناعي السبب الأكثر شيوعاً لنقص الصفائح عند الأطفال .

و يمكن أن يكون السبب :

- تشكل أضداد ذاتية تؤدي إلى تحطم سريع للصفائح في الجملة الشبكية البطانية .

- معقدات مناعية ناتجة عن اتحاد ضد- مستضد يمكن أن ترتبط إلى الصفائح عبر مستقبلات خاصة مؤدية إلى تحطم الصفائح .

- يمكن لنقص الصفائح المناعي أن يكون بسبب المناعة المتواسطة بالخلايا.

(لكن هذا نادر)

يجب ألا نشخص نقص صفيحات مناعي، إلا بعد نفي جميع الأسباب الممكنة لنقص الصفيحات .

أولاً- ITP :

و هي اضطراب مناعي ذاتي يتم فيه التخلص من الصفيحات المغلفة بال IgG بواسطة الجهاز الشبكي البطاني .

و لقد وصفت لأول مرة عام ١٧٣٥ م، من قبل ويرلوف ، عند فتاة شابة ظهر لديها و لأول مرة و بشكل مفاجيء، نمشات و كدمات و نزوف أغشية مخاطية ، من ثم حدث شفاء عفوي لهذه التظاهرات، دون معرفة السبب .

و بعد قرن من الزمن ،لاحظوا أن سبب النزف لدى المريضة السابقة كان نتيجة نقص الصفيحات في الدوران .

عام ١٩٥١ م، قام هارينتون وزملاؤه بنقل بلازما من شخص مصاب بال ITP إلى شخص سليم، فلاحظوا حدوث نقص في الصفيحات لدى المتلقي للبلازما ، و عاد تعداد الصفيحات للطبيعي بعد ٤-٦ أيام .
و لقد دعمت هذه الدراسة الفكرة القائلة بأن ال ITP هي عبارة عن اضطراب مناعي ذاتي متواسط بالأضداد.

سريريا :

ذروة الحدوث بين عمر ٢-٤ سنوات علماً أنها تحدث في جميع الأعمار .
تصيب الذكور و الإناث بنسبة متساوية ، أما عند البالغين فتصيب الإناث أكثر من الذكور ١/٣ .

تتظاهر سريريا على شكل نمشات و كدمات تظهر بشكل مفاجيء عند طفل يبدو بصحة جيدة .

غالبا هناك قصة سابقة لإنتان فيروسي ب ١-٣ أسبوع ، أو قصة تمنيع سابقة .

يكن أن تتظاهر أيضاً ، بنزف هضمي ، بيلة دموية ، رعاف ، نزوف أغشية مخاطية للفم .

عند حدوث ITP عند طفل عمره أقل من سنة أو أكثر من عشر سنوات فإن احتمال الإزمان أكثر .

يجب الانتباه لوجود قصة دوائية أو وجود ضخامات حشوية أو عقديّة ، و يجب الانتباه، لوجود تشوهات هيكلية ، أو سحنة خاصة، قد توجه نحو فقر دم لا مصنع خلقي .

السير السريري لل ITP :

عند ٩٠% من الأطفال المصابين بال ITP ، يكون المرض محدد لذاته و يشفى خلال ٦ أشهر مع أو بدون علاج .

و تكون نسبة الوفيات منخفضة جداً ، و تعزى للنزف داخل القحف الذي يحدث بنسبة أقل من ١% .
وقد يكون النزف الهضمي مهدداً للحياة و لكن بشكل نادر .
لذا فإن الهدف من العلاج ، هو الوقاية من النزف الخطير داخل القحف خلال فترة نقص الصفيحات .

عند حوالي ١٠% من المرضى يستمر نقص الصفيحات لفترة أطول من ٦ أشهر عندها تدعى بال ITP المزمنة .
حوالي ٦٠% من الأطفال ، يحدث لديهم هجوع خلال أول شهر من المرض سواء عولجوا أم لا .

بعد ٦ أشهر من التشخيص ، تصل نسبة الهجوع التام ل ٩٠% ، و لكن احتمال الهجوع العفوي بعد مرور ٦ أشهر على المرض يصبح قليل .

التقييم المخبري عند المريض المصاب بنقص الصفائح :

تعداد الدم العام :

- نقص صفائح معزول ، مع وجود تعداد كريات بيض و حمر طبيعي، يوجه نحو ال ITP .
- نقص صفائح مع نقص تعداد الحمر بسبب مناعي يوجه نحو تنادر إيفانز و هؤلاء المرضى الأكثر ميلا للإلزامان .
- نقص صفائح مع نقص الكريات البيض يوجه نحو نقص الإنتاج .

الطاخة المحيطية:

- نقص عناصر شامل يوجه نحو نقص الإنتاج .
- نقص صفائح مع وجود صفائح كبيرة (دليل على زيادة الإنتاج) يوجه نحو زيادة التحطيم .
- وجود أشلاء من الكريات الحمر يوجه نحو HUS-DIC

عداد الكريات بالجريان :

و ذلك بعد تلوين العينة بصبغة أورانج الثيازول ، لقياس الصفائح الفتية (التي تحوي بقايا RNA النووي) وذلك بشكل مشابه لقياس الشبكيات .

بزل النقي :

لمعرفة حالة السلسلة الحمراء و البيضاء، و حالة النواءات ، أو وجود خلايا إرتشاحية .

عند وجود تعداد طبيعي أو مزداد في عدد النواءات . فذلك يوجه نحو زيادة التحطم أو الإنتاج الغير فعال .
عند وجود تعداد ناقص أو غياب النواءات فذاك يدل على نقص الإنتاج .

دراسات مخبرية إضافية :

- معايرة الأضداد الفيروسية (-HIV-EBV-CMV - الحصبة
- الحصبة الألمانية -النكاف- التهاب الكبد) .
- معايرة ANA .
- شبكيات و تفاعل كومبس .

هل يعتبر بزل النقي ضروري لتشخيص ال ITP :

إذا كانت القصة و الفحص السريري و موجودات الدم المحيطي طبيعية ، عدا نقص الصفيحات و المظاهر النزفية المميزة لنقص الصفيحات ، فإن ذلك كافي للتشخيص ، دون إجراء بزل للنقي و ذلك إذا أردنا أن نجرب المراقبة و الانتظار أو إعطاء الغاما غلوبولين كعلاج ، أما إذا أردنا إعطاء الكورتيزون فإن البزل مستطب حتماً.

التنبؤ بازمان ال ITP :

١. البداية المفاجئة بدون وجود قصة إنتان سابق .
٢. العمر أقل من ١ سنة أو أكثر من ١٠ سنوات .
٣. الإناث أكثر من الذكور ١/٣ .
٤. تعداد الصفيحات بين ٢٠-٥٠ ألف /ملم^٣ .

٥. انخفاض IgA .
٦. الاستجابة ضعيفة للمستيرويد .

الأضداد المضادة للصفائح :

في عام ١٩٧٠ م ، أصبح هناك إمكانية للقياس الكمي الدقيق لكمية الـ IgG المرتبط بالصفائح
PAIgG (Platelet-Associated IgG) ، وبالتالي جعلت الباحثين قادرين
على التمييز بين ارتفاع الـ PAIgG عند المصابين بنقص الصفائح المناعي ،
بالمقارنة مع المستويات الطبيعية عند المجموعة الشاهد أو المرضى الذين لديهم
نقص صفائح بسبب نقص الإنتاج .

و لقد افترض بأن الـ IgG المرتبط بالصفائح ، ذو المستويات المرتفعة يمثل
الأجسام الضدية ضد الصفائح ، و المسؤولة عن تخرب الصفائح المناعي لكن
وجد الباحثون أن المرضى الذين لديهم نقص صفائح بسبب زيادة التّحطم لسبب
غير مناعي ، لديهم مستويات مرتفعة، من الـ IgG المرتبطة بالصفائح .

من ثم وجد الباحثون ، أن الحبيبات ألفا، تحوي على IgG ، و عند تحطم
الصفائح لأي سبب ، يحدث ارتفاع في الـ IgG نتيجة تحرره من الحبيبات ألفا
من الصفائح ، لكن في حال نقص الصفائح المناعي تكون مستوياته أعلى
بسبب الأضداد المضادة للصفائح .

و بناءً عليه فإن ازدياد الـ PAIgG الإجمالي ، يكون ناتج عن ازدياد إنتاج
الصفائح ، في مرضى الـ ITP ، وليس عن ارتفاع الأضداد المضادة
للصفائح .

بالتالي يمكن لاختبارات PAIgG أن تماثل تعداد الشبكيات في فقر الدم .

أسباب تشكل الأضداد الذاتية للصفائح :

لم يعرف بعد ، لِمَ ينتج بعض المرضى أضداد للصفائح بعد إصابتهم بإنتان فيروسي ؟
و لقد اقترح لتفسير ذلك وجود عوامل وراثية ، لكن لم يثبت ذلك .

و قد اقترح أنه قد تكون الأضداد المضادة للفيروسات لها تفاعلات متصالبة مع المستضدات الصفيفية ، لكن الدراسات أثبتت عدم وجود تصالب بينها .
و لم يعرف أيضاً، سبب توقف إنتاج الأضداد الذاتية للصفائح ، عندما تشفى ال ITP بشكل عفوي .

تدبير ال ITP :

هل نعالج أم لا ؟

تهدف المعالجة البدئية لمرضى ال ITP ، إلى تجنب النزف داخل الجملة العصبية المركزية ، بالإضافة إلى إنقاص خطر فقدان الدم بسبب الرعاف المتعدد أو النزف الطمئي أو البيلة الدموية الغزيرة أو النزف الهضمي .

فإذا حدث أي من المضاعفات السابقة ، فالمعالجة مستطبة بغض النظر عن تعداد الصفائح .

و بالرغم من أن المعالجة بالستر وئيد ، ليس لها تأثير على الفترة الفعلية للمرض ، فإن تعداد الصفائح يزداد غالباً بشكل أسرع و يصل إلى المستوى الآمن بسرعة أكبر عن طريق المعالجة .

و بما أن جميع حالات النزف داخل القحف،عندما حدثت كان تعداد الصفائح أقل من ٢٠ ألف /ملم^٣،لذا يجب المعالجة عند هذا الحد و ما دون .

المراقبة و المتابعة :

سواء بدأنا بالمعالجة الدوائية أم لم نبدأ ، فإن الشيء الهام في تدبير المرضى هو المراقبة و المتابعة .

فقد بينت إحدى الدراسات الإيطالية ، أنه خلال فترة الانتظار و المراقبة و التي تستمر لمدة ١٠ أيام دون علاج ، حدث الشفاء العفوي عند نصف المرضى و دون حدوث اختلاطات .

و يجب على كل الأطفال المصابين بال ITP أن يتجنبوا الأسبرين و جميع الأدوية المضادة للصفائح أو مضادات التخثر .

كذلك يجب أن يحدد نشاط المريض إلى درجة تتناسب مع درجة نقص الصفائح .

و يجب أن يعاد فحص الطفل الذي لم يقبل في المشفى مرتين في الأسبوع و ذلك حتى تتوقف عملية ظهور كدمات أو نمشات جديدة .

و يجب إجراء تعداد صفائح يوميا، لمرضى نقص الصفائح الشديدة أما المرضى مع نقص صفائح متوسط أو خفيف، فيجرى تعداد أسبوعياً ثم بعد ذلك شهرياً .

أولاً - معالجة فر فرية نقص الصفائح الأساسي الحاد :

استطببات المعالجة الطبية :

يعتبر أسلوب المراقبة والانتظار، أفضل معالجة للطفل المصاب بال ITP الحادة، مع تعداد صفائح أكثر من ٢٠ ألف /ملم^٣ ، و لا يوجد لديه علامات لنزف من الأغشية المخاطية .

أما عندما تستطب المعالجة بالكورتيزون، فإنه من المهم قبل ذلك أن ننفي الالبيضاض قبل البدء بالمعالجة و ذلك بإجراء بزل النقي .

يجب أن يعالج كل الأطفال الذين لديهم فر فريات رطبة (نزف من الأغشية المخاطية للقم أو رعاف أو بيلة دموية أو نزف هضمي) و ذلك لأنهم على خطورة عالية لحدوث نزف عفوي خطير .

كذلك الطفل الذي تعداد صفحاته أقل من ٥٠ ألف و يتطلب إجراء جراحة غير انتقائية يجب أن يعالج .

الأطفال الذين لديهم اضطرابات نزفية مرافقة مثل الناعور لديهم استعداد أكبر لحدوث النزف العفوي و لذلك فهم يتطلبون العلاج .

إذا استطببات المعالجة هي :

- النزف الفعال .
- الفرغريات الرطبة .
- الاضطرابات النزفية المرافقة .
- الإجراءات الجراحية غير الانتقائية .
- تعداد الصفائح أقل من ٢٠ ألف /ملم^٣ .

و خيارات علاج الITP الحادة هي :

- المراقبة .
- الكورتيزون .
- الغاما غلوبولين وريدياً .
- Anti -D .
- استئصال الطحال .

الكورتيزون :

يعتبر العلاج بالكورتيزون الفموي العلاج الأكثر شيوعاً و الأقل كلفة من بين المعالجات الطبية المستخدمة في علاج الأطفال المصابين بالITP .

أما آلية عمل الكورتيزون فمتعددة العوامل، و لقد لوحظ أنه غالباً ما تختفي العلامات النزفية قبل ازدياد تعداد الصفائح ، حيث يعمل الكورتيزون عن طريق حصر خلايا الجملة الشبكية البطانية و تثبيط المناعة من خلال مايلي :

١ - التداخل بالتهام الصفائح المغلفة بالأضداد بواسطة خلايا الجملة الشبكية البطانية (أي نقص تصفية الصفائح المطهورة) .