

δηλωθεί ως αιμολυτική νόσος, με παρατεταμένη αιμόλυση, αναιμία και υπερχολερυθριναιμία. Τα νεογνά με ασυμβατότητα ABO συνήθως είναι ασυμπτωματικά στη γέννηση, αλλά από το τέλος του 1ου 24ώρου μπορεί να παρουσιάσουν ίκτερο και μικρού βαθμού παρατεταμένη αιμόλυση, η οποία συνεχίζεται για εβδομάδες και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή αναιμία.

Διάγνωση. Εργαστηριακά, στην ισοανοσοποίηση Rhesus και ABO ανευρίσκονται: αναιμία, ποικιλοκυττάρωση, πολυχρωματοφιλία, ανισοκυττάρωση, αύξηση του αριθμού των δικτυοερυθροκυττάρων, θετικοποίηση της άμεσης αντίδρασης Coombs (ανίχνευση αντισωμάτων στην επιφάνεια των ερυθροκυττάρων) και υπερχολερυθριναιμία.

Η ισοανοσοποίηση Rhesus χαρακτηρίζεται από σοβαρού βαθμού αναιμία και υπερχολερυθριναιμία, ενώ η άμεση αντίδραση Coombs είναι εντόνως θετική.

Αντίθετα, στην ισοανοσοποίηση ABO η αναιμία είναι ήπια και η αντίδραση Coombs είναι ασθενώς θετική ή αρνητική. Στο επίχρισμα αίματος παρατηρούνται σφαιροκύτταρα.

Θεραπεία. Ο ίκτερος αντιμετωπίζεται, ανάλογα με τη βαρύτητα, με φωτοθεραπεία ή αφαιμαξομετάγγιση (ΑΦΜ) (βλ. Διαγράμματα 8.2 και 8.3). Νεογνά με επίπεδα χολερυθρίνης επάνω από 6 mg/dl το 1ο δωρο και επάνω από 10 mg/dl το 2ο δωρο ζωής έχουν αυξημένες πιθανότητες να χρειαστούν ΑΦΜ.

Σε περιπτώσεις σοβαρής αναιμίας γίνεται μετάγγιση συμβατών (και με το αίμα της μητέρας) συμπυκνωμένων ερυθροκυττάρων.

Σε αιμόλυση από ασυμβατότητα Rh, η χορήγηση γ-σφαιρίνης το 1ο 24ωρο ελαττώνει την πιθανότητα εμφάνισης σοβαρού ίκτερου και την ανάγκη εκτέλεσης ΑΦΜ.

Ο εμβρυϊκός ύδρωπας αντιμετωπίζεται, ανάλογα με τη βαρύτητά του και το βαθμό πνευμονικής ωριμότητας του εμβρύου, με ενδομήτριες μεταγγίσεις ερυθρών αιμοσφαιρίων ή με πρόκληση τοκετού.

Το νεογνό χρειάζεται παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα λόγω του κινδύνου βαθμιαίας ανάπτυξης αναιμίας ή χολόστασης.

Πρόληψη. Η ισοανοσοποίηση Rh μπορεί να προληφθεί με τη χορήγηση ειδικής υπεράνοσης αντι-D σφαιρίνης στη μητέρα, εντός 72 ωρών από τον τοκετό Rh(+) νεογνού, αλλά και μετά από κάθε διακοπή κύησης, αυτόματη ή προκλητή.

Βιβλιογραφία

- Bellini C, Hennekam RC, Fulcheri E, et al. Etiology of non-immune hydrops fetalis: a systematic review. *Am J Med Genet A* 2009; 149A:844-51.
- Greenough A. Rhesus disease: postnatal management and outcome. *Eur J Pediatr* 1999; 158:689-93.
- Grundbacher FJ. The etiology of ABO hemolytic disease of the newborn. *Transfusion* 1980; 20:563-8.
- Maisels MJ, Bhutani VK, Bogen D, et al. Hyperbilirubinemia

in the newborn infant > or =35 weeks' gestation: an update with clarifications. *Pediatrics* 2009; 124:1193-8.

Mundy CA. Intravenous immunoglobulin in the management of hemolytic disease of the newborn. *Neonatal Netw* 2005; 24:17-24.

Smits-Wintjens VE, Walther FJ, Lopriore E. Rhesus haemolytic disease of the newborn: Postnatal management, associated morbidity and long-term outcome. *Semin Fetal Neonatal Med* 2008; 13:265-71.

Yigit S, Gursoy T, Kanra T, et al. Whole blood versus red cells and plasma for exchange transfusion in ABO haemolytic disease. *Transfus Med* 2005; 15:313-8.

ΠΟΛΥΚΥΤΤΑΡΑΙΜΙΑ

Χαρακτηρίζεται από αύξηση της τιμής του κεντρικού αιματοκρίτη (από φλεβικό ή αρτηριακό και όχι τριχοειδικό δείγμα αίματος) άνω του 65%. Παρατηρείται με αυξημένη συχνότητα σε νεογνά με ενδομήτρια καθυστέρηση της αύξησης ή με παράταση της κύησης, στο έμβryo δέκτη εμβρυοεμβρυϊκής μετάγγισης, σε νεογνά διαβητικών μητέρων, μετά από καθυστέρηση απολίπωσης του ομφαλίου λώρου, καθώς και σε νεογνά με υποθυρεοειδισμό ή χρωμοσωμικές ανωμαλίες.

Κλινική εικόνα. Το νεογνό μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να παρουσιάζει νωθρότητα, άρνηση θηλασμού, λήθαργο, σπασμούς, υπογλυκαιμία, ίκτερο ή θρομβοπενία. Ο κίνδυνος για νεκρωτική εντεροκολίτιδα και θρόμβωση νεφρικής φλέβας είναι αυξημένος.

Θεραπεία. Η συμπτωματική πολυκυτταραιμία αντιμετωπίζεται με αντικατάσταση μέρους του ενδογαγγιακού όγκου με διάλυμα λευκωματίνης (μερική αφαιμαξομετάγγιση).

Πρόγνωση. Τα νεογνά με πολυκυτταραιμία έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ηπίων νευροαναπτυξιακών διαταραχών στην παιδική ηλικία.

Βιβλιογραφία

- Dempsey EM, Barrington K. Short and long term outcomes following partial exchange transfusion in the polycythaemic newborn: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006; 91:F2-6.
- de Waal KA, Baerts W, Offringa M. Systematic review of the optimal fluid for dilutional exchange transfusion in neonatal polycythaemia. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006; 91:F7-10.
- Sarkar S, Rosenkrantz TS. Neonatal polycythemia and hyperviscosity. *Semin Fetal Neonatal Med* 2008; 13:248-55.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

(βλ. Κεφ. Βιταμίνες)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΒΥΣΜΑ ΜΗΚΩΝΙΟΥ - ΕΙΛΕΟΣ ΑΠΟ ΜΗΚΩΝΙΟ

Βύσμα μηκωνίου είναι η παρουσία συμπαγούς μηκωνίου, χαμηλής περιεκτικότητας σε νερό συνήθως