

PURPURA THROMBOPENIQUE IDIOPATHIQUE (PTI) ET GROSSESSE : UN CAS SUIVI A TRAVERS TROIS GROSSESSES AU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE TREICHVILLE (ABIDJAN)

YAO I.¹, KOUAKOU F.², GUIE P.³, DIA J.M.¹, ATTIMERE N.^{1*}

1- Assistant chef de clinique, service de Gynécologie et Obstétrique, CHU Treichville

1*- Assistant Chef de clinique et biochimique, Service d'Hématologie, CHU Treichville

2- Maître de Conférences Agrégé, Service de Gynécologie et Obstétrique CHU Treichville

3- Maître Assistant, Service de Gynécologie et Obstétrique, CHU Treichville

Correspondance : Dr Yao Ignace, Assistant Chef de Clinique, Service de Gynéco-Obstétrique
CHU de Treichville, 22 BP 1530 Abidjan 22
yaignacen @ yahoo.fr
Cel : 078 800 12/ 021 437 90/ 224 417 18

RESUME

L'association purpura thrombopénique idiopathique et grossesse semble rare en Côte d'Ivoire.

Notre observation a porté sur une patiente de 30ans atteinte de purpura thrombopénique idiopathique suivie à travers trois grossesses au cours desquelles la césarienne a été la voie d'accouchement après transfusion de quantités importantes de plasma frais congelé, de concentrés plaquettaires associés à une corticothérapie

Les thrombopénies sévères peuvent être jugulées par la corticothérapie et la transfusion massive de concentrés plaquettaires ou à défaut de plasma frais congelé avant, pendant et après l'accouchement.

La grossesse chez les patientes atteintes de purpura thrombopénique idiopathique est donc possible.

La surveillance au cours de la grossesse doit être clinique mais surtout hématologique.

Mots clés : plaquettes - purpura thrombopénique idiopathique - grossesse - transfusion

SUMMARY

The association of idiopathic thrombopenic purpura and pregnancy appears to be rare in Côte d'Ivoire.

Our observation was about one patient of 30 years followed through three pregnancies. Cesarean was the way of birth after an important quantity of blood transfusion associated with corticotherapy

Severe case of thrombopenic purpura can be managed with corticotherapy and abundant transfusion of platelets or fresh frozen plasma before, within and after getting birth.

Pregnancy is possible for the patient who has thrombopenic purpura.

The survey during pregnancy is through clinic but mostly through hematologic control.

Key words : platelet - idiopathic thrombopenic purpura - pregnancy - transfusion

INTRODUCTION

Le purpura thrombopénique idiopathique (PTI) est dû à un auto anticorps antiplaquettaire qui entraîne une destruction accélérée des plaquettes circulantes et est responsable de thrombopénie. Cette thrombopénie peut être aigue et se voit surtout chez les enfants avec une prédominance féminine ou être chronique et apparaît donc à tout âge¹.

Le diagnostic chez la femme peut se faire avant ou pendant la grossesse avec les mêmes signes cliniques et biologiques.

L'association de cette cytopénie avec la grossesse semble rare selon notre expérience en pratique courante mais elle peut entraîner des complications aussi bien pour la gestante que pour l'enfant.

Nous décrivons ici le cas d'une patiente de 30 ans chez laquelle le diagnostic de PTI a été posé à l'âge de 17 ans et qui a accouché trois fois. La prise en charge de ces différentes grossesses nous a paru intéressante à documenter.

NOTRE OBSERVATION

Il s'agissait de Mme N.A. âgée de 30 ans suivie par le Pr K.F. chez qui une indication de césarienne prophylactique a été posée pour utérus doublement cicatriciel sur grossesse de 38 SA dans un contexte de PTI.

Le début de la symptomatologie de cette patiente remonterait à 1992 (soit 13 ans avant) par l'apparition de pétéchies située au niveau des membres inférieurs, de papules et de gingivorragies au cours du brossage des dents, symptomatologie évoluant dans un contexte de subfébrile et d'une splénomégalie de type I de HACKETT. Le bilan étiologique effectué (hémogramme, myélogramme, bilan de civd et bilan infectieux) a conclu à un PTI avec un nombre de plaquettes variant de 5 000 à 25 000/mm³. La patiente a été mise sous corticothérapie (prednisone) pendant un an de façon intermittente et devant les récurrences de la symptomatologie une splénectomie a été pratiquée. Cette intervention a permis de stabiliser le nombre de plaquettes entre 40 000 et 50 000/mm³.

En 1999, soit sept ans après la splénectomie, Mme N.A. a contracté une grossesse pour laquelle elle a été suivie. Elle a accouché par césarienne après transfusion massive de concentrés plaquettaires et de sang frais. Le nombre précis de concentrés plaquettaires et le rythme de transfusion n'ont pas pu être retrouvés dans le dossier ni à l'interrogatoire.

Une deuxième césarienne a été réalisée dans les mêmes conditions lors de la seconde grossesse en 2001.

La troisième grossesse est survenue quatre ans après la seconde grossesse et le nombre de plaquettes avant la césarienne variait entre 19 000 et 42 000/mm³ avec un taux d'hémoglobine stable autour de 11 g/dl. La césarienne a été effectuée à la 38^{ème} SA après transfusion massive de plasma frais congelé et de concentrés plaquettaires avant, pendant et après l'accouchement. Le nombre de plaquettes à j1 post opératoire était de 119 000/mm³ et est passé à 58 000/mm³ une semaine après pour se stabiliser entre 40 000 et 48 000 /mm³ à partir de la deuxième semaine post opératoire.

Toutes les césariennes se sont déroulées en présence d'un médecin réanimateur et d'un néonatalogiste. Les suites opératoires ont été simples. Les nouveaux nés avaient tous un bon APGAR et n'ont pas présenté de maladies hémorragiques durant les 30 premiers jours après leur naissance.

DISCUSSION

L'association grossesse et PTI est une situation peu fréquente. Aucune donnée ne semble disponible actuellement en Côte d'Ivoire.

Le diagnostic est posé chez la moitié des patientes au cours de la grossesse^{2,3}.

Les symptômes révélateurs avant ou pendant la grossesse sont les mêmes et sont constitués d'ecchymoses, de gingivorragies, de fièvre et parfois de splénomégalie. Toutefois la plupart des patientes porteuses de PTI avant la grossesse (77%) ne présentent pas de signe spontanément ou sous traitement³. L'explication viendrait de la stabilisation du nombre de plaquettes par la corticothérapie dont l'efficacité se justifie par le caractère immunologique de la thrombopénie. C'est dire que la grossesse est possible chez les patientes présentant un PTI comme le montre notre observation.

Au plan hématologique le nombre de plaquettes pendant la grossesse est variable et varie autour de 60 000/mm³³. Ce nombre chez notre patiente au cours de la dernière grossesse était de 19 000 au début de la grossesse et 42 000/ mm³ en fin de grossesse.

Plusieurs traitements sont proposés pendant la grossesse. On a recours soit à la corticothérapie, soit à l'injection de gamma globulines. La transfusion de concentrés plaquettaires est

presque toujours associée à la corticothérapie en cas de thrombopénie sévère avec risque hémorragique immédiat^{2,3}. C'est le cas de notre patiente chez qui nous avons eu recours pendant les trois gestations à la transfusion de plaquettes pour corriger la thrombopénie qui était très sévère. Nous n'avons cependant pas pu préciser la quantité de plasma frais congelé et le nombre d'unités plaquettaires compte tenu du caractère rétrospectif de l'étude. Nous avons choisi l'accouchement par césarienne dès la première grossesse pour prévenir le risque d'hémorragie du post partum devant un nombre de plaquettes très bas. Il faut savoir que l'accouchement par voie basse est possible et est même conseillé par certains auteurs si la thrombopénie est légère (entre 100 000 et 150 000/mm³) en absence de contre indication obstétricale. La césarienne est réservée aux cas de thrombopénie aiguë et doit se pratiquer après transfusion de sang frais et de concentré plaquettaire^{2,3,4,5}.

Les risques d'hématome sous cutané en post opératoire doivent être prévenus par une bonne hémostasie et un pansement compressif.

La surveillance dans le post partum doit être clinique et surtout biologique car le nombre de plaquettes après l'accouchement diminue de façon considérable et expose la mère aux risques de saignement.

La maladie hémorragique et la thrombopénie sont les complications attendues chez le nouveau-né. Elles n'ont pratiquement pas été observées dans notre cas et chez la plupart des autres auteurs^{2,3,4,5,6}.

CONCLUSION

La grossesse chez les patientes atteintes de TPI est possible à la lumière de notre observation. Elle nécessite une surveillance hématologique constante durant la grossesse. L'accouchement par voie basse est conseillé s'il n'y a pas de contre indication obstétricale. La prévention des hémorragies se fait par la transfusion massive de concentrés plaquettaires associée à la corticothérapie. La surveillance hématologique dans le post partum est essentielle. La prise en charge requiert une étroite collaboration entre l'obstétricien, l'hématologue, le réanimateur, et le néonatalogiste.

RÉFÉRENCES

- 1- Ali R., Ozkalemkas F., Ozçelik T., Ozkocaman V., Ozan U., Kimya Y., Köksal N., Bülbül-Baskan E., Develioglu O., Tüfekçi M., Tunali A. Idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy : a single institutional experience with maternal and neonatal outcomes. *Blood Rev.*2002Mar ; 16(1) : 43-6
- 2-Faridi A, Rath W. Differential diagnosis of thrombocytopenia in pregnancy *Semin hematol.* 2000 jan; 37(1 suppl 1): 1-4
- 3- Fattorusso V. , Ritter O. *Vadémécum clinique : du diagnostic au traitement* 13^e édition Masson 1994 p :521-2
- 4- Kelton JG. Idiopathic purpura complicating pregnancy *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2001 Jun; 36 (6) 333-5
- 5- Won Y.W, Moon W., Yun YS., Oh H.S., Choi J.H., Lee Y.Y., Kim I.S., Choi I.Y, Ahn M.J. Clinical aspects of pregnancy and delivery in patients with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) *Ann. Hematol.* 2003 Jun; 82 (6): 348-52. Epub 2003 May 7.
- 6-Yang j, Ma L, Gai M. Clinical analysis of idiopathic thrombocytopenic purpura with pregnancy *Zentralbl.*2001 Feb. 123 80-90