

# Thrombopénie et grossesse

Clémence LACOSTE – DESAR 2

18/10/2022

# Cas clinique

- 
- Mme A, 39 ans, G3P2, **37 SA**
- ATCD : 0
- Pas de traitement
- 

Adressée pour thrombopénie à **20 000/mm<sup>3</sup>**

# Thrombopénie

- **Thrombopénie : Plaquettes < 150 000/mm<sup>3</sup>**
- Evolution seuil plaquettaire en fonction grossesse
- Mécanismes :
  - Hémodilution
  - Augmentation catabolisme plaquettes
  -
- **6 à 15%** des grossesses
  - Thrombopénie isolée dans 70% = **gestationnelle**
- Thrombopénie < 100 G/L : 1%

# Thrombopénie en cours de grossesse

- 
- **Les questions à se poser :**
- - Survenue au cours de la grossesse ou antérieure?
  - Isolée ou associée à une autre pathologie?
  - Y a t-il des risques maternels/foetaux/néonataux?
  - Quelle gestion de la grossesse, accouchement et post partum?

# Etiologies

## Thrombopénies spécifiques de la grossesse :

- **Thrombopénie gestationnelle**
- **Pré éclampsie**
- **HELLP syndrome**
- Stéatose hépatique aiguë  
gravidique

2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup>  
trimestres

## Thrombopénies non spécifiques de la grossesse :

- Auto-immunes : PTI, Lupus, SAPL
- MAT: SHU, PTT
- Pathologies infectieuses
- Médicaments
- Thrombopénies constitutionnelles
- Hémopathies

N'importe quel terme

# Etiologies

- Variable selon **terme** et **profondeur**

- 

## 1<sup>er</sup> T :

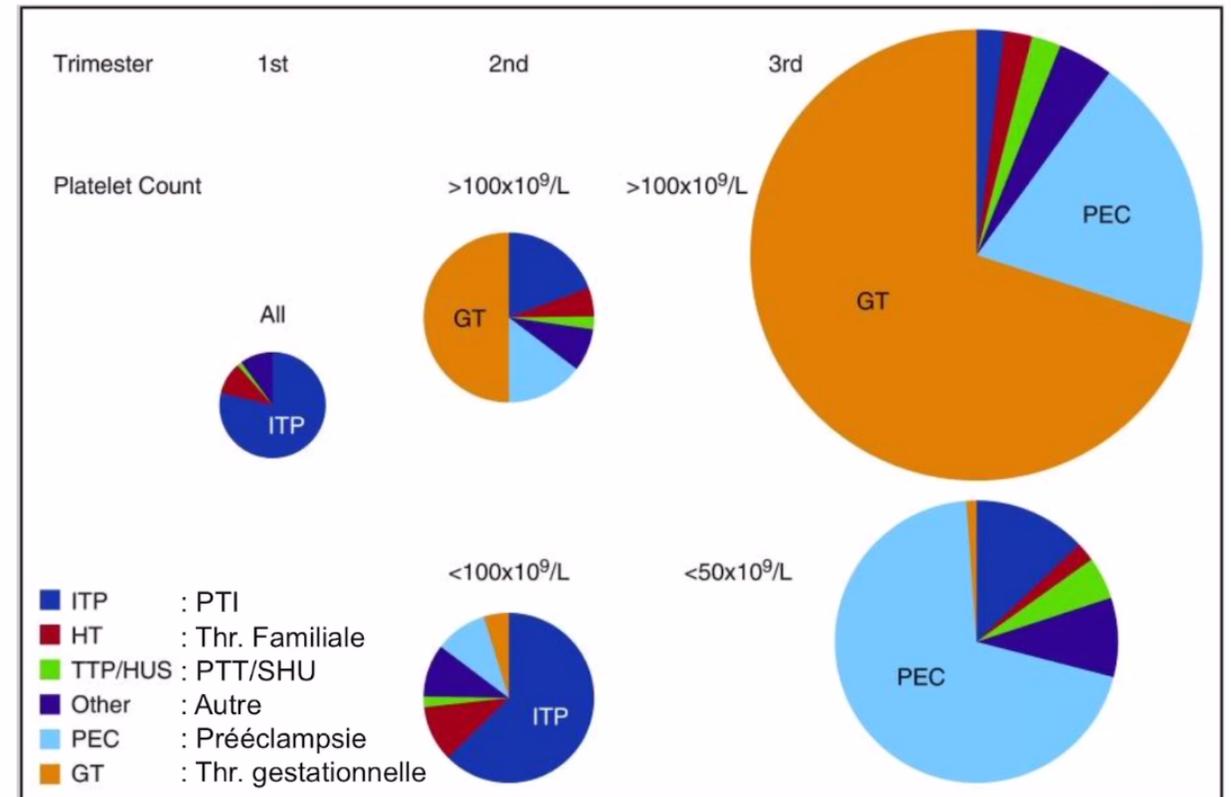
- Purpura thrombopénique idiopathique ++

## 2<sup>ème</sup> T :

- Modérée : Thrombopénie gestationnelle
- Sévère : PTI

## 3<sup>ème</sup> T :

- Modérée : thrombopénie gestationnelle
- Sévère : Pré éclampsie



# Bilan étiologique

- Contexte
- Recherche signes cliniques de **syndrome hémorragique**
- Anamnèse :
  - ATCD personnels/familiaux
  - Prise de toxiques ou médicaments (HBPM, IPP...)
  - Voyages
  -
- **ELIMINER UNE PRE ECLAMPSIE** (clinique et biologique)

# Madame A

- 
- Découverte fortuite au **3<sup>ème</sup> T, asymptomatique**
- Pas d'amas au frottis, contrôle citrate + EDTA : identique
- Anamnèse : pas d'ATCD familiaux ou personnels
- Cliniquement :
  - pas de syndrome hémorragique
  - pas d'HTA
  -

# Bilan biologique

- 
- **NON SYSTEMATIQUE**
- Dépend terme et contexte
- 
- En général
  - T1 T2 < 120 G/L
  - T3 < 80 G/L

Avis hématologue  
si thrombopénie sévère

# Quel bilan?

- Contrôle + frottis sanguin
- Vérifier les autres lignées sanguines → **Hémopathies**
- Bilan de crase (TP, TCA), bilan d'hémolyse
- Bilan vasculo-rénal
  - Bilan hépatique
  - Fonction rénale
  - Protéinurie**Éliminer pathologie vasculo-placentaire**
- Bilan auto-immun : Ac anticardiolipine, FAN...
- Sérologies VIH, VHB, VHC, EBV, COVID → **Pathologies infectieuses**
- Si diathèse hémorragique : fonctions plaquettaires, facteur de Willebrand
- → **Thrombopénies héréditaires, maladie de Willebrand type 2b**

# Thrombopénie gestationnelle

- 75 % des cas
- Thrombopénie **modérée**  $> 75\ 000/\text{mm}^3$
- 2<sup>ème</sup>/3<sup>ème</sup> trimestre
- **Isolée, asymptomatique**
- Normalisation en 2 à 3 mois après grossesse
- Récidive possible lors grossesses ultérieures

PAS DE TRAITEMENT  
SURVEILLANCE

# Purpura thrombopénique idiopathique

- 
- Rare (< 5%)
- Survenue **précoce** : principale cause T1, T2
- Souvent pré existant à la grossesse
- **Sévère** (plaquettes < 50 000/mm<sup>3</sup>)
- Thrombopénie néonatale : 10%
- Diagnostic d'exclusion

# Madame A

- Bilan étiologique :
  - Pas d'anomalie de la crase
  - Pas d'hémolyse
  - Fonctions rénale et hépatique normales
  - Sérologies : RAS
  - 
  - Myélogramme : moelle riche en mégacaryocyte. Absence d'arguments cytologique pour une cause centrale de la thrombopénie

# Madame A

- 
- Découverte 3<sup>ème</sup> Trimestre
- Sévère
- Pas d'ATCD de thrombopénie lors des précédentes grossesses
- 
- Avis hématologie : **Purpura thrombopénique idiopathique**
- Contrôle 69 000 G/L : RAD sans TTT avec réévaluation à 48h

# Prise en charge thérapeutique

- Pas de traitement avant 36 SA si  $> 30G/L$  et pas de risque hémorragique
- Surveillance plaquettes rapprochée à partir de 32 SA ou si diminution
- Traitement en fonction taux et gestes envisagés
  - 1<sup>ère</sup> ligne : **corticoïdes 1mg/kg**, décroissance en fonction réponse
  - 2<sup>ème</sup> ligne : **Immunoglobulines polyvalentes IV 1g/kg** (réponse rapide et efficace)
- Transfusion plaquettaire non souhaitable sauf urgence

# Madame A

- 
- Instauration Prednisolone 1mg/kg
- Cure immunoglobulines polyvalentes pour obtention réponse rapide
- Déclenchement travail dès que taux plaquettes satisfaisant
-

# Pour l'accouchement

- Seuils recommandés :
  - Grossesse : plaquettes > **30 G/L** si asymptomatique
  - Accouchement : plaquettes > **50 G/L**
  - ALR obstétricale : plaquettes > **75 G/L pour péridurale, > 50 G/L pour rachianesthésie** (voire 30 G/L si stable)
- Déclenchements fréquents vers 39 SA
- Eviter gestes invasifs pour le fœtus (forceps, ventouses)
- Contre-indication aux AINS
- Thromboprophylaxie possible si plaquettes > 50 G/L
-

# Madame A...

- 
- Accouchement à domicile
- Pas d'hémorragie du post-partum
- 
- Régression corticoïdes avec surveillance plaquettes et consultation hématologue à distance
-

# CONCLUSION

- 
- Thrombopénie non rare au cours de la grossesse
- Orientation en fonction du **l'âge gestationnel** et **profondeur**
- **Eliminer pathologie vasculo-placentaire** rapidement
- Thrombopénie souvent isolée = thrombopénie gestationnelle
- PTI et thrombopénie gestationnelle : **diagnostics d'exclusion**
- Collaboration multidisciplinaire

# Références

- Protocole Pitié Salpêtrière :  
<https://pitiealpetriere.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/179/files/2015/11/Ob-11-Thrombop%C3%A9nie-au-cours-de-la-grossesse.pdf>
- Protocole du GGOLBF 2017 :  
<https://www.crgolfb.be/sites/default/files/article/file/20%20%20Thrombope%cc%81nie%20et%20grossesse%20-%20protocole%20GGOLFB%202017.pdf>
- eSFAR 2021 : hémostasie et grossesse :  
<https://www.youtube.com/watch?v=plkQFddxTIU>
- MAPAR