

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



## FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2019

N° 160

THROMBOOPENIE GESTATIONNELLE DU TROISIEME TRIMESTRE :

A PROPOS D'UN CAS AVEC REVUE DE LA LITTERATURE.

### MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALES (D.E.S)

DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

(DIPLÔME D'ETAT)

PRESENTÉ ET SOUTENU

LE 05 AOUT 2019

PAR

Dr Khadidiatou DIALLO

Née le 22 avril 1984 à Dakar (Sénégal)

---

### MEMBRES DU JURY

PRESIDENT: M. Philipe Marc MOREIRA Professeur Titulaire

MEMBRES: M. Mamour GUEYE Professeur Assimilé  
M. Mouhamadou NIANG Maître de Conférences Titulaire  
Mansour

DIRECTEUR: M. Mamadou Lamine CISSE Professeur Titulaire

CO-DIRECTEUR: M. Omar GASSAMA Maître de Conférences Titulaire

**Au Nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux.**

Louanges en abondance à Allah qui nous a guidés à ceci ; et nous ne serions guidés s'Il ne nous avait pas guidés.

J'atteste qu'il n'y a point de divinité digne d'adoration en dehors d'Allah,  
Qui est Unique et sans associé et j'atteste que Mouhammad (paix et bénédictions sur lui) est son serviteur et messager.

Que la bénédiction et le salut de Dieu soient sur notre maître Mouhammad, le bien aimé du Tout Miséricordieux.

Mon rêve le plus cher est de rencontrer aux abords du bassin dans l'ultime demeure qu'est le paradis Firdaws.

Que la bénédiction et le salut de Dieu soient aussi sur sa noble famille, sur ces lampes qui illuminaient l'univers que sont ses nobles compagnons et sur tous ceux qui suivront le droit chemin jusqu'au jour du jugement dernier.

Amine.

***IN MEMORIUM***

A mes grands parents,

A mes oncles et tantes,

A mes amis,

A mes frères et sœurs dans le sentier d'ALLAH,

A tous ceux qu'on a connu et aimé et qui nous ont devancé,

Aux malades qui sont passés par nos mains,

A toutes les mamans qui ont perdu la vie en donnant la vie,

Aux bébés qui n'ont pas connu le monde dans lequel ils étaient venus,

Reposez en paix et que le paradis soit votre rendez-vous !

# DEDICACES

*Je dédie ce travail...*

A mes parents,  
A mon époux,  
A mes enfants,  
A mes frères et sœurs,  
A mes oncles et tantes  
A ma belle famille,  
A mes cousins et cousines,  
A mes beaux-frères et belles-sœurs,  
A mes neveux et nièces,  
Au Rassemblement islamique du Sénégal,  
A l'association des élèves et musulmans du Sénégal,  
A tous nos frères et sœurs musulmans,  
A tout le personnel de la clinique Darou Salam,  
A tous mes collègues,  
  
A tous ceux qui m'ont aidé et enseigné sur le chemin de l'école coranique,  
  
A tous mes enseignants depuis la maternelle jusqu'à l'université,  
A tous ceux qui nous ont aidés dans la pratique des stages hospitaliers.  
La route a été longue... je rends grâce à Allah Lui qui dirige qui Il veut...  
Je Lui demande de me guider, de m'éclairer, de guérir tous ceux qui viendront vers moi, de faire que mon métier soit le meilleur pour moi, pour ma famille pour ma religion dans cette vie présente et dans l'au delà ...  
Qu'Il le facilite et le bénisse pour moi ; que je le pratique avec sécurité et humilité. Amine.

**A NOS MAITRES ET JUGES**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Le Professeur Phillippe Marc MOREIRA**

Vous nous avez fait un honneur en acceptant de présider ce jury de mémoire. Vos qualités humaines, votre sens de partage, votre simplicité et votre rigueur scientifique vous valent l'estime de plusieurs générations.

Recevez notre profonde gratitude, notre reconnaissance et l'assurance de notre considération.

Que Le Tout Puissant vous prête une longue vie bénie et une bonne santé.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Le Professeur Mamour GUEYE**

Merci de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre dynamisme, votre rigueur et votre pragmatisme sont connus de ceux qui ont eu à travailler à vos côtés.

Que Le Tout Puissant vous prête une longue vie bénie et une bonne santé.

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

### **Le Docteur Mouhamadou Mansour NIANG**

Merci de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre modestie charme plus d'un. Nous avons pu apprécier vos qualités scientifiques et humaines au cours de notre formation Que Le Tout Puissant vous prête une longue vie bénie et une bonne santé.

## **A NOTRE MAITRE, DIRECTEUR DE MEMOIRE**

**Le Professeur Mamadou Lamine CISSE**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en nous confiant ce travail. L'occasion nous est donnée aujourd'hui de vous faire part de toute notre profond respect. Nous vous adressons nos vifs remerciements. Votre rigueur scientifique, votre esprit de méthode, vos qualités intellectuelles et humaines et votre sens du travail bien fait font de vous un grand Maître.

En acceptant de nous encadrer, vous nous marquez à jamais par vos qualités pédagogiques, votre disponibilité et votre modestie.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer notre profonde admiration et notre gratitude.

Que Le Tout Puissant vous prête une longue vie bénie et une bonne santé.

## **A NOTRE CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE**

**Dr Omar GASSAMA**

Merci d'avoir accepter de corriger notre travail et d'y laisser vos marques. Recevez l'expression de notre reconnaissance.

Qu'ALLAH vous prête une longue vie bénie et une bonne santé.

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>CMV</b>	: Cytomégalovirus
<b>EBV</b>	: Epstein bar virus
<b>HELLP</b>	: Hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet
<b>IC</b>	: Intervalle de confiance
<b>mHg</b>	: Millimètre de mercure
<b>NFS</b>	: Numération formule sanguine
<b>PTI</b>	: Purpura thrombopénique immunologique
<b>PTT</b>	: Purpura thrombopénique thrombopathique
<b>SA</b>	: Semaine d'aménorrhée
<b>SHU</b>	: Syndrome hémolytique et urémique
<b>TA</b>	: Tension artérielle
<b>TCA</b>	: Temps de céphaline activé
<b>TCK</b>	: Temps de céphaline kaoline
<b>TG</b>	: Thrombopénie gestationnelle
<b>TP</b>	: Temps de prothrombine
<b>TS</b>	: Temps de saignement
<b>UI</b>	: Unité internationale
<b>VIH</b>	: Virus de l'immunodéficience humaine

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1 :</b> Distribution du nombre de plaquettes chez la femme enceinte en bonne santé à terme.....	7
<b>Figure 2 :</b> Taux de plaquettes chez les femmes normales et les femmes pendant la grossesse, à l'accouchement et après l'accouchement.....	8
<b>Figure 3 :</b> Étiologies des thrombopénies au cours de la grossesse en fonction du terme.....	10
<b>Figure 4 :</b> Proposition d'algorithme de prise en charge clinique et biologique des thrombopénies (plaquettes < 150 x 10 <sup>9</sup> /l) de la grossesse.....	20

## **LISTE DU TABLEAU**

<b>Tableau I :</b> Causes de thrombocytopénies pendant la grossesse .....	10
---	----

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA THROMBOOPENIE GESTATIONNELLE DU TROISIEME TRIMESTRE. ....</b>	<b>4</b>
<b>1. GENERALITES.....</b>	<b>5</b>
1.1. Définition .....	5
1.2. Rappel .....	5
1.2.1. Plaquettes.....	5
1.2.1.1. Production, morphologie et ultra-structure des plaquettes. ....	5
1.2.1.2. Fonctions des plaquettes .....	5
1.2.1.3. Méthodes d'exploration des plaquettes.....	5
1.2.2. Modifications physiologiques hématologiques chez la femme enceinte. ....	6
<b>DEUXIEME PARTIE : NOTRE OBSERVATION .....</b>	<b>11</b>
<b>1. OBSERVATION .....</b>	<b>12</b>
1.1. Clinique.....	12
1.2. Paraclinique .....	12
1.3. Attitude thérapeutique .....	13
<b>2. DISCUSSION .....</b>	<b>14</b>
2.1. Aspects épidémiologiques .....	14
2.2. Clinique.....	14
2.3. Paraclinique .....	15
2.4. Prise en charge.....	15
2.5. Suivi.....	16
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>21</b>

# INTRODUCTION

La thrombopénie se définit comme un taux de plaquettes  $<150 \times 10^9$  cellules /L. C'est la deuxième anomalie hématologique la plus fréquente chez la femme enceinte après l'anémie [1,2,3,4]. C'est un problème courant pendant la grossesse et généralement mal diagnostiqué et mal géré [5]. En effet, 6% à 10% des grossesses s'accompagnent d'une thrombopénie. Les causes peuvent être propres à la grossesse, liée aux modifications métaboliques, immunologiques et homéostatiques mais également peuvent être indépendantes de celle-ci. La thrombocytopénie «accidentelle» encore appelée par certains auteurs la thrombocytopénie «gestationnelle» touche 6% à 7% des femmes enceintes [4]. Elle est de loin la cause la plus fréquente et la moins grave de thrombopénie pendant la grossesse. En effet, la thrombocytopénie gestationnelle (TG) représente plus des deux tiers des cas de thrombocytopénie associée à la grossesse. Autrement dit, la TG occupe 75% des thrombopénies retrouvées chez les femmes enceintes [1,4,5,7,8]. Les gestantes atteintes de ce trouble développent généralement une thrombocytopénie légère vers la fin du deuxième ou au troisième trimestre [4,5]. Il n'y a pas de nombre minimum absolu de plaquettes en dessous duquel une thrombocytopénie accidentelle peut être exclue [4]. Elle serait liée à une hémodilution gravidique et à une consommation des plaquettes au niveau du placenta [8]. Bien que le degré de thrombocytopénie soit généralement bénin dans la TG, cela ne diminue en rien l'importance d'un diagnostic précis pour faciliter la prise en charge optimale du patient. De découverte fortuite devant un bilan prénatal, la TG est un diagnostic d'élimination qui n'est retenue qu'après l'accouchement et ne nécessitant pas de traitement [10]. En effet, elle n'a pas de retentissement sur le fœtus et se corrige spontanément dans le post-partum. Les autres étiologies peuvent mettre en jeu le pronostic materno-fœtal. En outre, les manifestations cliniques de certaines causes de thrombopénie pendant la grossesse se chevauchent tellement qu'il peut être difficile, voire impossible, de les distinguer les unes des autres. Ainsi il apparaît primordial une collaboration interdisciplinaire entre obstétricien, hématologue, et anesthésiste-réanimateur pour déterminer l'étiologie, la stratégie thérapeutique, le risque hémorragique chez la mère et l'enfant et la possibilité de réaliser une analgésie-anesthésie locorégionale.

Toutes les études trouvées dans le monde [6,7,8,9,10,11,12,13] montrent que la TG est la principale cause de thrombopénie pendant la grossesse.

Au Sénégal, en plus du retard à effectuer le bilan prénatal, ce dernier est rarement complet ou non fait par la patiente. En outre, la numération plaquettaire au deuxième et troisième trimestre de grossesse n'est souvent pas

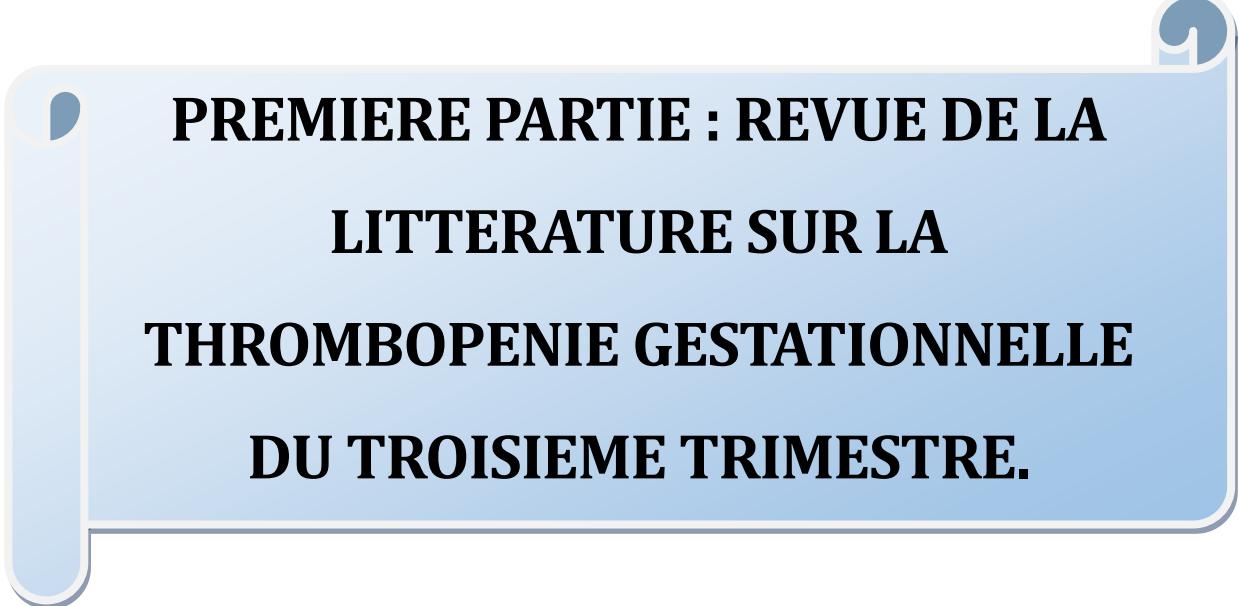
effectuée ; de même le contrôle dans le post partum. Ainsi, la recherche étiologique de la TG pose quelques limites dans nos contextes. Ce qui peut nous mettre dans des situations avec des prises en charge parfois sous ou sus optimales pouvant aboutir à des erreurs de diagnostics, voire à des pertes de chance pour le malade ou une surévaluation.

Au Sénégal, nous n'avons pas trouvé d'études qui traitent de la question de la thrombocytopénie gestationnelle ou Thrombocytopénie accidentelle.

Par conséquent, au regard de ces données, nous nous sommes proposés de rapporter un cas d'une thrombocytopénie gestationnelle à la clinique Darou Salam sur une grossesse menée à terme avec une revue de la littérature.

Pour mener à bien notre étude nous procéderons d'abord dans la première partie à une mise au point sur la thrombocytopénie gestationnelle par une revue de la littérature. Dans la seconde partie, nous présenterons notre observation en décrivant toutes ses particularités cliniques et paracliniques avec sa prise en charge thérapeutique avant de la discuter. Nous tirerons des conclusions pour ensuite proposer des recommandations.

.



**PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA  
LITTERATURE SUR LA  
THROMBOPENIE GESTATIONNELLE  
DU TROISIEME TRIMESTRE.**

## **1. GENERALITES**

### **1.1. Définition**

La thrombopénie est définie comme un taux de plaquettes  $< 150 \times 10^9/L$ . Son incidence est d'environ 6% à 10% des grossesses. Une thrombopénie  $< 100 \times 10^9/L$  est retrouvée chez 1% des femmes enceintes [6,10,14]. Elle est souvent asymptomatique et de découverte fortuite après la réalisation des bilans systématiques durant la grossesse, ou avant la réalisation d'une anesthésie-analgésie locorégionale. La thrombopénie gestationnelle survient habituellement au cours du troisième trimestre de grossesse. La baisse des plaquettes est modérée (plaquettes habituellement supérieures à  $75 \times 10^9/L$ ). Il n'y a donc pas de manifestations hémorragiques ni de thrombopathie associée. C'est l'étiologie la plus fréquente. Cependant, son diagnostic reste un diagnostic d'exclusion et ne peut être retenu qu'après l'accouchement [6,8,12].

### **1.2. Rappel**

#### **1.2.1. Plaquettes**

##### **1.2.1.1. Production, morphologie et ultra-structure des plaquettes.**

Les plaquettes ou thrombocytes sont des cellules discoïdes anucléées, d'un diamètre d'environ 2 à 3 mm. Elles agissent principalement comme régulateurs de l'hémostase. Elles jouent également un rôle secondaire dans l'angiogenèse et l'immunité innée. L'homme adulte contient près d'un billion de plaquettes d'une durée de vie moyenne de seulement 8 à 10 jours. Notre compréhension des mécanismes en jeu dans la production des thrombocytes est encore incomplète. Elles dérivent à l'origine de la lignée hématopoïétique via de grandes cellules appelées mégacaryocytes. La production de plaquettes à partir de mégacaryocytes est un processus systématique et régulé [15,16,17].

##### **1.2.1.2. Fonctions des plaquettes**

Les plaquettes servent de "premiers intervenants" lors d'une blessure normale et dans l'homéostasie. En effet, les thrombocytes jouent un rôle primordial dans l'hémostase primaire. Elles influent aussi sur l'inflammation et la régulation immunitaire [16].

##### **1.2.1.3. Méthodes d'exploration des plaquettes**

Les examens biologiques sont hiérarchisés et prescrits en fonction du contexte clinique. L'exploration d'une anomalie de l'hémostase primaire comprendra :

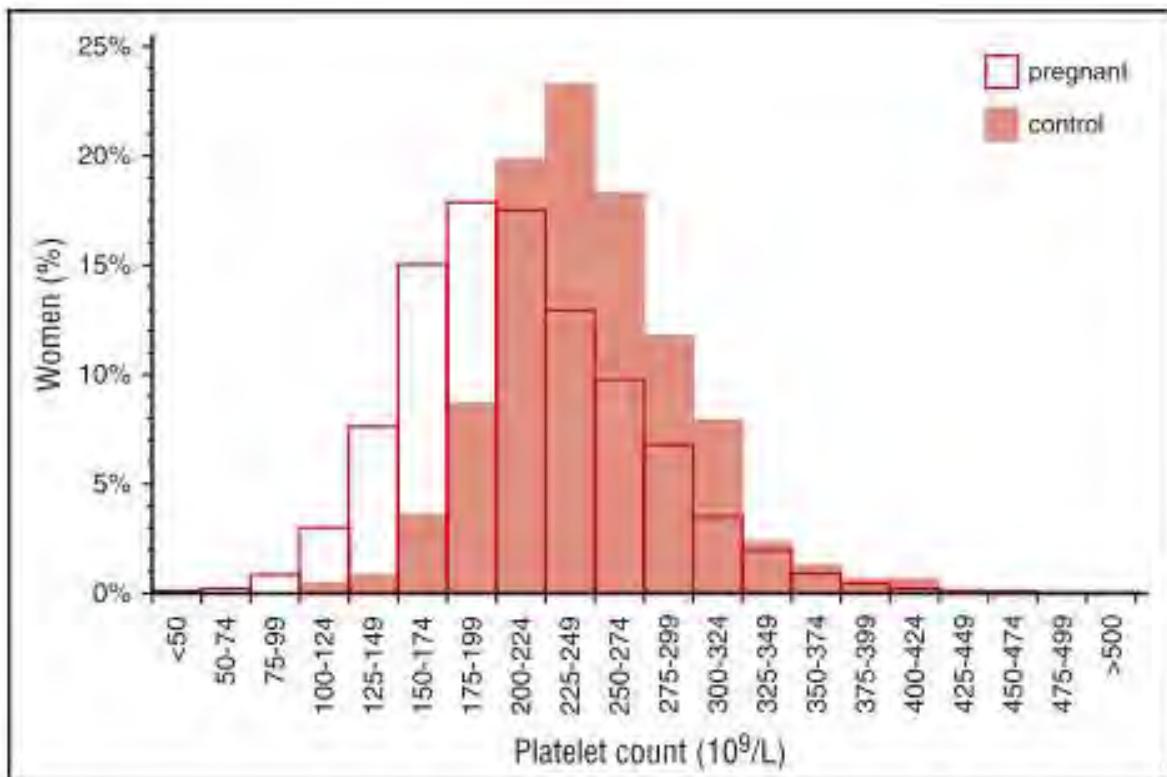
– Quelques tests de dépistage :

- bilan standard de coagulation : Temps de Prothrombine (TP), Temps de Thrombine (TT), Temps de Céphaline Activé (TCA), fibrinogène ;

- hémogramme avec étude quantitative et qualitative des plaquettes ;
- vérifier l'absence de pseudo-thrombopénie. L'anticoagulant utilisé pour la réalisation de la numération formule sanguine est l'acide éthylène diamine tétra acétique. Il est susceptible d'entrainer l'apparition d'agrégats plaquettaires. Cet artefact est la première cause à rechercher lors de la découverte d'une thrombopénie.
- Un ou plusieurs examens plus spécialisés tel que la recherche d'une fragilité capillaire, le test d'adhésion plaquettaire, les techniques d'agrégation plaquettaire in vitro entre autres.

### **1.2.2. Modifications physiologiques hématologiques chez la femme enceinte.**

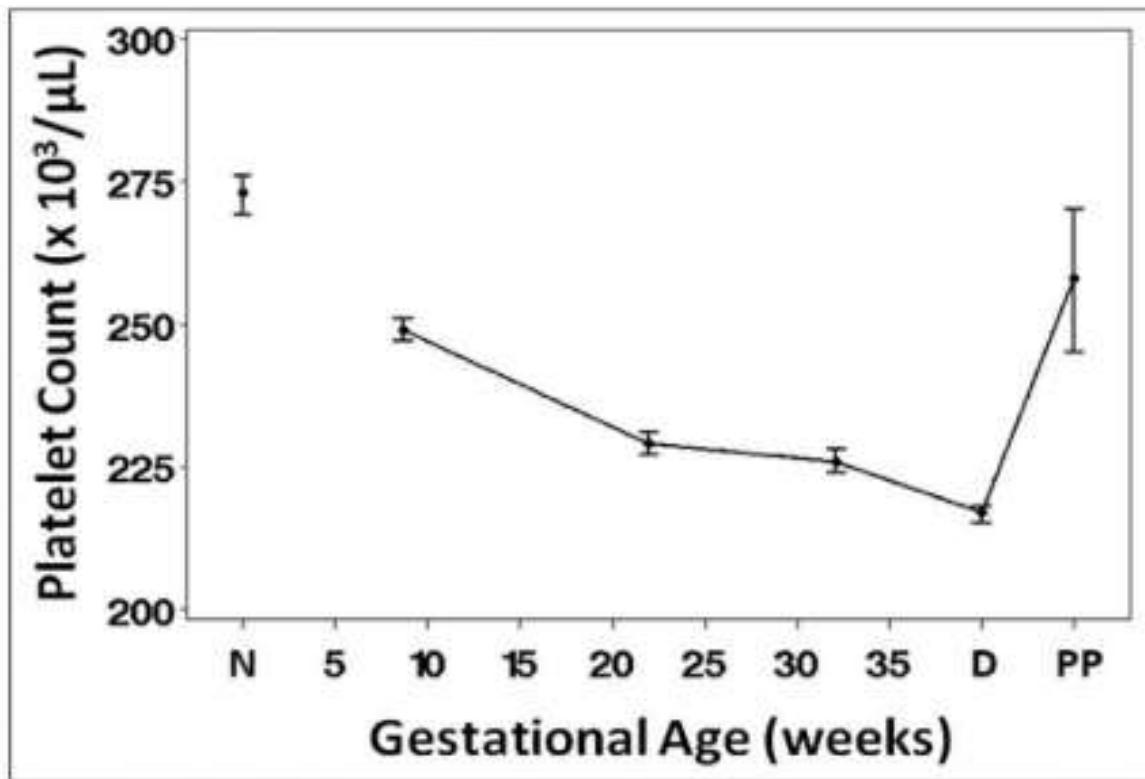
Le volume plasmatique augmente progressivement au cours d'une grossesse normale [18]. La majeure partie de cette augmentation se produit à 50% en 34 semaines de gestation. L'expansion du volume plasmatique est supérieure à l'augmentation de la masse des globules rouges, on note une baisse de la concentration en l'hémoglobine, du taux d'hématocrite et du nombre de globules rouges. Les changements physiologiques durant la grossesse entraînent une baisse physiologique du taux des thrombocytes (figure 1) chez toutes les femmes [9,11,14]. Cela se produit en l'absence de tout processus pathologique. Les modifications du système de coagulation pendant la grossesse produisent un état physiologique d'hypercoagulabilité (en préparation pour l'hémostase après l'accouchement) [19].



**Figure 1 :** Distribution du nombre de plaquettes chez la femme enceinte en bonne santé à terme [14]

Plusieurs grandes études en population ont démontré que, lors de grossesses sans complications la numération plaquettaire diminue d'environ 10% à terme [4,7,14] (figure 2). L'étude de Reese et al [9] conforte cet avis. En effet, c'est une revue systématique de toutes les publications décrivant la numération plaquettaire au cours de la grossesse. Ainsi, 3 039 études ont été identifiées avec 46 déclarants  $\geq 30$  femmes ayant une grossesse normale. Elles confirment la diminution de la numération plaquettaire pendant la grossesse et son augmentation après l'accouchement:

- premier trimestre 251 000 / ml (IC à 95%, 238 000 à 264 000 / ml);
- deuxième trimestre 238 000 / ml (IC à 95%, 222 000 à 253 000 / ml);
- troisième trimestre 224 000 / ml (IC à 95%, 213 000 à 235 000 / ml);
- délivrance 237 000 / ml (IC à 95%, 209 000 à 264 000 / ml);
- 4 à 8 semaines après l'accouchement 247 000 / ml (IC à 95%, 207 000 à 287 000 / ml).



N, normal women derived from NHANES data; D, delivery; PP, 4-8 weeks postpartum. The number of women at each point: NHANES, 8885; 1<sup>st</sup> trimester, 2306; 2<sup>nd</sup> trimester, 2553; 3<sup>rd</sup> trimester 2254; delivery, 4568; postpartum, 134

**Figure 2 :** Taux de plaquettes chez les femmes normales et les femmes pendant la grossesse, à l'accouchement et après l'accouchement [11]

## 2. ETHIOPATHOGENIE

La thrombocytopénie gestationnelle est la cause la plus courante de thrombocytopénie au cours de la grossesse avec plus des deux tiers des cas. Elle touche 6% à 7% des gestantes [4,7,8,9,20].

### 2.1. Mécanisme

Les mécanismes physiopathologiques associés à la TG sont en grande partie inconnus. Il serait lié à une hémodilution gravidique et à une consommation des plaquettes au niveau du placenta. Il n'y a pas de thrombopathie associée. Elle survient habituellement au cours du troisième trimestre de grossesse. Elle est rarement sévère et reste associée à l'état d'hypercoagulabilité observée en fin de grossesse [1–3,6,8,9,10,11].

### 2.2. Diagnostic

La thrombopénie gestationnelle, bien que fréquente, reste toutefois un diagnostic d'élimination. Elle ne peut être retenue qu'après l'accouchement [4,6,8,11,12].

La thrombocytopénie est un nombre de plaquettes  $<150 \times 10^9/L$ . Le nombre de plaquettes de toutes les femmes diminue progressivement tout au long de la grossesse. Cependant, il n'y a pas de données cohérentes décrivant le nombre de plaquettes tout au long d'une grossesse normale [11].

La baisse des plaquettes est ici modérée (plaquettes habituellement supérieures à  $75 \times 10^9/L$ ) [8]. Pour d'autres auteurs la numération plaquettaire reste généralement supérieure à  $100 \times 10^9/L$ . Et, le risque de thrombocytopénie accidentelle diminue lorsque le nombre de plaquettes chute en dessous de cette valeur bien qu'il n'y ait pas de nombre minimum absolu de plaquettes en dessous duquel une TG peut être exclue [4]. En outre, la plupart des experts considèrent les autres diagnostics autant, sinon plus vraisemblables, lorsque le nombre de plaquettes est inférieur à  $70 \times 10^9 / L$  [6,7]. Les patients présentant une thrombocytopénie accidentelle sont en bonne santé, sans antécédents de purpura thrombopénique immunologique (PTI) ou d'autres troubles auto-immuns. L'examen physique ne révèle pas d'hypertension ni de résultats associés à d'autres causes de thrombocytopénie induite par la grossesse. Les études sérologiques sont généralement négatives [4,6]. Si des numérations antérieures sont disponibles, l'absence de thrombopénie avant la grossesse ou lors des deux premiers trimestres de la gestation en cours viendra confirmer le diagnostic. Cette thrombopénie n'est pas transmise à l'enfant qui naît avec un compte de plaquettes normal. Elle disparaîtra en post-partum en quelques semaines mais aura tendance à récidiver lors des grossesses suivantes. Il est ainsi très important de ne pas oublier de contrôler le chiffre de plaquettes à distance de l'accouchement. En effet, la normalisation spontanée du chiffre de plaquettes permet de confirmer rétrospectivement le diagnostic de thrombopénie gestationnelle. Ceci simplifiera la prise en charge diagnostique en cas de récidive de la thrombopénie [8]. Toutefois, le taux de récurrence et l'évolution de la TG lors de grossesses ultérieures sont inconnus. Cependant la thrombopénie accidentelle peut apparaître exceptionnellement en début de grossesse ou avec une très faible numération plaquettaire. Cette situation complique encore le défi diagnostique. En plus, la distinction entre TG et un PTI découverte pour la première fois pendant la grossesse peut être difficile. En effet, le moment de l'apparition de la grossesse et l'apparence clinique se chevauchent souvent pour ces deux affections [1].

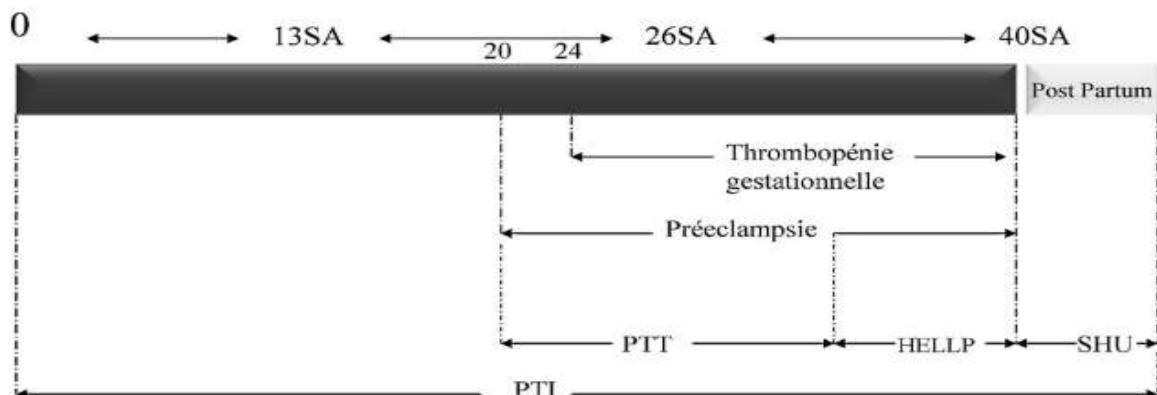
### **2.3. Risque hémorragique**

Dans la plupart des cas de TG, la thrombocytopénie est légère ( $100–150 \times 10^9 / L$ ) et n'entraîne aucune conséquence pour la mère ni pour le foetus [1,2,3]. Il n'y a donc pas de manifestations hémorragiques [8,12].

## 2.4. Traitement.

En cas de thrombopénie gestationnelle clairement établie, il n'y a pas de traitement à proposer à la patiente [12]. De plus, la thrombocytopénie accidentelle ne répond pas aux corticoïdes ou aux immunoglobulines intraveineuses [4].

En fonction du terme il y'a d'autres étiologies de thrombopénies (Figure 3) qu'elles soient spécifiques ou non à la grossesse (Tableau I).



**Figure 3 :** Étiologies des thrombopénies au cours de la grossesse en fonction du terme [8] **PTI :** purpura thrombopénique immunologique ; **PTT :** purpura thrombopénique thrombopathique ; **HELLP:** hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome ; **SHU :** syndrome hémolytique et urémique ; **SA :** semaines d'aménorrhées [8]

**Tableau I :** Causes de thrombocytopénies pendant la grossesse [4]

Spécifiques à la grossesse	Non Spécifiques à la grossesse
Thrombocytopénie accidentelle	Purpura thrombocytopénique immunologique <sup>a</sup>
Pré-éclampsie/Eclampsie	Microangiopathies thrombotiques <sup>a</sup>
HELLP Syndrome	Purpura thrombocytopénique thrombotique
Stéatose hépatique aiguë gravidique	Syndrome hémolytique et urémique
	Lupus érythémateux systémique
	Infection par le VIH
	Autres infections virales (p. Ex. CMV, EBV)
	Anticorps anti phospholipides
	Coagulation intra vasculaire disséminé
	Dysfonctionnement de la moelle osseuse
	Carences nutritionnelles
	Thrombocytopénie d'origine médicamenteuse
	Maladie de Von Willebrand Type IIB <sup>a</sup>
	Hypersplénisme
	Pseudothrombocytopénie

<sup>a</sup> : Conditions exacerbées par la grossesse.



## **DEUXIEME PARTIE :**

## **NOTRE OBSERVATION**

## **1. OBSERVATION**

Il s'agissait d'une patiente de 28 ans primigeste primipare reçue le 04 octobre 2018 à la clinique Darou Salam située dans le district sanitaire de Guédiawaye région médicale de Dakar dans le cadre de son suivi prénatal avec une grossesse de 35 semaines d'aménorrhée et 3 jours

### **1.1. Clinique**

- Elle présentait comme plaintes des douleurs lombaires et ostéo-articulaires de la ceinture pelvienne.
- Comme particularités dans ses antécédents on notait :
  - un canal lombaire étroit,
  - un utérus bocrine uni-cervical,
  - un syndrome des ovaires micro-polykystiques,
  - une stimulation à un seul cycle par du citrate de clomifène 100mg pour infertilité primaire de deux ans avec cohabitation régulière,
- La grossesse actuelle est bien suivie avec
  - un bilan prénatal montrant à l'hémogramme un taux de plaquettes à  $159 \times 10^9/L$ , un taux d'hémoglobine à 11,8g/dl avec l'hématocrite à 35,5% ; et des sérologies négatives ;
  - un cerclage prophylactique du col utérin pour une grossesse mono-foetale intra utérine évolutive de 12 semaines d'aménorrhée sur utérus bocrine uni-cervical ;
- L'examen retrouve :
  - Un état général conservé avec une tension artérielle à 120/80mHg, un Pouls à 85 battements par minute, un poids à 69,8 kilogrammes, des traces d'albuminuries sans oedèmes des membres inférieurs, une glucosurie négative.
  - L'examen obstétrical était sans particularités avec une hauteur utérine à 32 cm et des bruits du cœur réguliers.

### **1.2. Paraclinique**

Elle était revenue le 16 octobre 2018 à 37 semaines d'aménorrhée + 3 jours avec les résultats du bilan préopératoire demandé deux semaines auparavant. Le bilan biologique avait ainsi trouvé :

- une thrombopénie à  $87 \times 10^9/L$  ;
- une absence d'agrégats plaquettaires ;
- un taux d'hémoglobine à 12g/dl avec l'hématocrite à 38,5% ;

- un bilan de crase normal avec un taux de prothrombine (TP) à 100% (témoin = 100%), un temps de céphaline kaolin (TCK) à 36''1 ;
- un bilan hépatique correct avec Aspartate amino-transférase (ASAT) à 22 UI/l, Alanine amino-transférase (ALAT) à 11UI/l ;
- un bilan rénal normal avec une créatinémie à 9mg/l.
- L'échographie montrait une grossesse intra utérine mono-foetale évolutive de 35 semaines d'aménorrhées, avec estimation pondérale à 2105 grammes +/- 315 grammes, une croissance normale, un placenta prævia recouvrant totalement le col utérin avec deux zones d'infarctus, une quantité suffisante de liquide amniotique.

### **1.3. Attitude thérapeutique**

Nous avions réalisé un accouchement par césarienne sous rachianesthésie à 37 semaines d'aménorrhée et 4 jours. C'était une extraction par énucléation céphalique d'un nouveau né de sexe féminin pesant 2410 grammes score d'Apgar à la première minute à 7/10 puis 9/10 à la cinquième minute. Le bébé présentait un circulaire du cordon ombilical avec une bretelle. La longueur du cordon était de 58 cm. Une prévention de l'hémorragie du post partum a été faite avec 600 microgrammes de misoprostol par voie rectale. Le décerclage fut faite après la césarienne.

A la numération formule sanguine du nouveau-né le taux de plaquettes était 1 à 393 x 10<sup>9</sup>/litres.

Les suites post-opératoires étaient simples chez notre patiente. L'évolution de la thrombopénie maternelle était spontanément favorable. Dans le post partum, elle présentait un taux de plaquettes à 138 x10<sup>9</sup>/L.

## **2. DISCUSSION**

### **2.1. Aspects épidémiologiques**

La thrombocytopénie accidentelle de la grossesse ou thrombocytopénie gestationnelle est la cause la plus courante de thrombocytopénie au cours de la grossesse. Elle touche 6% à 7% des femmes enceintes. La TG représente plus des deux tiers des cas de thrombocytopénie associée à la grossesse [4,7,8,9]. Elle est souvent sous diagnostiquée et mal gérée [5].

Dans le monde beaucoup d'études parlent de la thrombopénie pendant la grossesse et de ces causes [6,7,8,9,10,11,12]. Elles montrent à l'unanimité que la principale cause est la TG.

Au Sénégal, nous n'avons pas trouvé d'études qui traitent de la thrombocytopénie au cours de la grossesse. Par conséquent, nous nous sommes proposés de rapporter un cas de thrombocytopénie gestationnelle avec un placenta praevia recouvrant total sur une grossesse menée à terme sur un utérus binaire uni cervical avec une revue de la littérature.

### **2.2. Clinique**

Notre malade était âgée de 28 ans. Rottenstreich et al trouve un résultat similaire avec un âge moyen de 28 ans sur 66 patientes [1]. Dans les travaux de Mamouni et al, la moyenne d'âge était de  $29,7 \pm 7$  ans pour le groupe 1 et  $28,5 \pm 7$  ans pour le groupe 2 [22]. L'âge moyen dans la série de Subbaiah et al en Inde était de 27,3 ans [23]. Le cas clinique rapporté par Mouffak et al au Maroc parlait d'une patiente de 25 ans ; de même que l'observation de Mao et al, au Taïwan [24, 25].

Notre patiente était à sa première grossesse. Plus de soixante un pour cent des malades de la série de Subbaiah et al étaient aussi à leur première grossesse [23]. Cependant, Mamouni et al trouvait une gestité moyenne de 2,8 pour le groupe 1 et 2,5 pour le groupe 2 [22]. Le cas clinique de Mouffak et al parlait d'une deuxième geste primipare [24]. Dans ces trois études il s'agissait de pauci geste. Par contre, le travail de Mao et al portait sur une quatrième geste nullipare [25]. La thrombopénie chez notre malade était découverte à 37 semaines d'aménorrhées + 3 jours. Dans la série de Rottenstreich et al 59,1% des cas de thrombopénie étaient découvertes au troisième trimestre [1]. Pour l'étude de Mamouni et al la découverte de la thrombopénie était faite à 33,6 semaines d'aménorrhées  $\pm 4,8$  semaines d'aménorrhées pour le groupe 1 et 33,3 semaines d'aménorrhées  $\pm 5$  semaines d'aménorrhées pour le groupe 2 [22].

Pour Mao et al la patiente avait présenté une thrombocytopénie à 39 semaines d'aménorrhée [25]. Cependant, seule la patiente de Mouffak et al présente une baisse du taux des plaquettes dès le deuxième trimestre de gestation à 24 semaines d'aménorrhées [24].

La majorité des études ont constaté que la thrombopénie gestationnelle survient le plus souvent au troisième trimestre de la grossesse [2,4,6,7,9,10,11].

### **2.3. Paraclinique**

Chez notre patiente, la thrombocytopénie a été observée lors du bilan pré opératoire pour une césarienne prophylactique. Plusieurs grandes études en population ont démontré que, lors de grossesses sans complications la numération plaquettaire diminue d'environ 10% à terme [4,7,14]. L'étude de Reese et al [9] conforte cet avis.

Notre malade avait un taux de plaquettes à  $87 \times 10^9/L$ . La série de Rottenstreich trouvait une moyenne de  $70 \times 10^9/L$  [1]. Mamouni et al trouvait pour le groupe 1 un taux de plaquettes moyen à  $81 \times 10^9/L$  et pour le groupe 2 un taux moyen de  $131 \times 10^9/L$  [22]. Khelaf e al parlait une baisse modérée avec un nombre de plaquettes supérieures à  $75 \times 10^9/L$  [9]. Pour d'autres auteurs, la numération plaquettaire restait généralement supérieure à  $100 \times 10^9/L$ . Il n'y ait pas de nombre minimum absolu de plaquettes en dessous duquel une TG peut être exclue [4]. Ainsi, on trouvait une thrombocytopénie sévère dans le cas clinique rapporté Mouffak et al de même que celui de Mao et al avec respectivement des taux de plaquettes à  $61 \times 10^9/L$  et  $53 \times 10^9/L$  [24,25].

### **2.4. Prise en charge**

Chez notre malade une césarienne prophylactique avait été programmée à 38 semaines d'aménorrhée pour un placenta praevia recouvrant total sur passé d'infertilité primaire de deux ans chez une primigeste primipare de 28 ans avec un utérus bicornue. Notre voie d'accouchement était indépendante de la thrombocytopénie qu'elle a présenté à 37 semaines d'aménorrhée+ 3 jours. Dans la série de Rottenstrich et al il y avait 59.3% d'accouchements par voie basse, 33.9% de césarienne et 6.8% d'accouchements instrumentaux [1]. Pour Mouffak et al la patiente avait accouché par voie basse d'un nouveau-né de sexe masculin score d'Apgar 10/10, pesant 3100g [24]. Pour la patiente de Mao et al une césarienne avait été réalisée après échec au déclenchement du travail pour suspicion de macrosomie à 39 semaines d'aménorrhée. Un bébé de sexe masculin a été mis au monde et son poids corporel était de 4 190 g. Le score d'Apgar était de 9/10 à la cinquième minute [25]. Reese et al concluait dans leur étude portant sur la thrombocytopénie et grossesse que le mode d'accouchement doit être dicté par les indications obstétricales et non par la numération plaquettaire.

Les auteurs s'accordent sur le fait que la TG est un diagnostic d'élimination qui n'est retenue qu'après l'accouchement et ne nécessitant pas de traitement [8,10,11]. Notre malade n'avait pas bénéficié de traitement.

## **2.5. Suivi**

Le nouveau né ne présentait pas aussi de thrombocytopenie. La TG n'entraîne aucune conséquence pour la mère ni pour le foetus [1,2,3]. Il n'y a donc pas de manifestations hémorragiques [8,12] comme c'est le cas chez notre malade. Notre patiente avait une thrombopénie à  $87 \times 10^9/L$  au troisième trimestre qui s'était améliorée à  $138 \times 10^9/L$  dans le post partum.

A côté de ce diagnostic fréquent et sans conséquence, il ne faut pas méconnaître les étiologies potentiellement graves de thrombopénies spécifiques à la grossesse telles que la pré-éclampsie, le HELLP syndrome, et la stéatose hépatique aiguë gravidique. La recherche diagnostique est promordiale car elle conditionne la prise en charge de la mère et de l'enfant ainsi que de la grossesse ultérieure [4,5,8,9].



## **CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS**

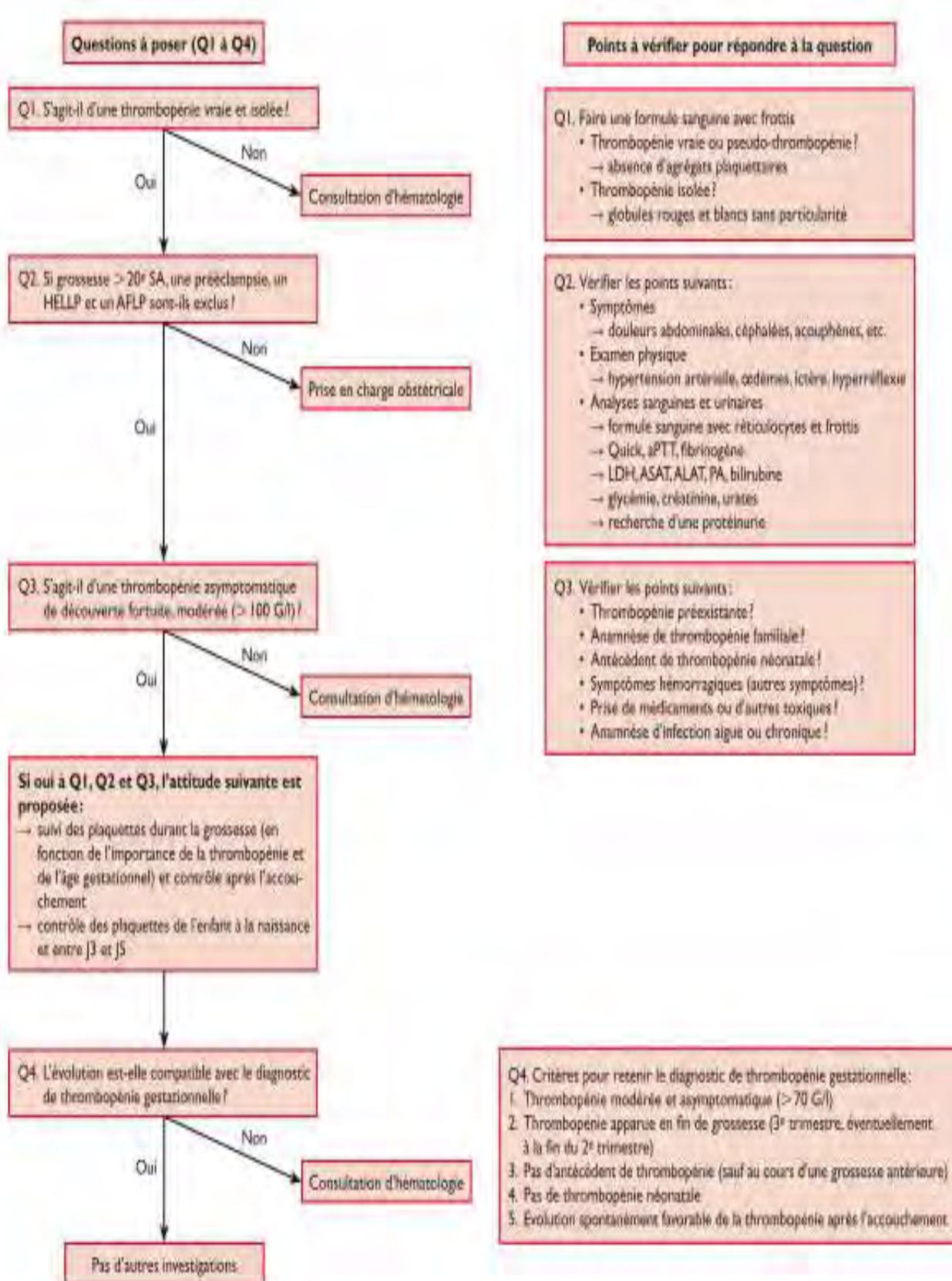
La thrombopénie est définie comme un taux de plaquettes  $< 150 \times 10^9/L$ . Elle est souvent asymptomatique et de découverte fortuite. Les causes peuvent être propres à la grossesse, ou indépendantes de celle-ci. La thrombocytopénie «accidentelle» ou thrombocytopénie «gestationnelle» est de loin la cause la plus fréquente. Elle survient habituellement au cours du troisième trimestre de la grossesse avec une baisse modérée des plaquettes. C'est un diagnostic qui est retenu qu'après l'accouchement. Elle n'a pas de retentissement sur le fœtus et se corrige spontanément dans le post-partum.

Notre observation parle d'une thrombocytopénie gestationnelle du troisième trimestre avec une revue de la littérature. Son bilan prénatal était normal sans troubles hématologiques. Les sérologies étaient négatives. Elle n'avait pas d'antécédent de troubles hémorragiques et/ou de pathologies auto immunes. Elle présentait une thrombopénie modérée et découverte de manière fortuite à 37 semaines d'aménorrhées + 3 jours. La voie d'accouchement était indépendante de la thrombopénie. En effet, l'indication d'une césarienne prophylactique était posée bien avant la découverte de la thrombocytopénie. Le nouveau né ne présentait pas de thrombopénie. Dans le post partum, la thrombocytopénie s'est spontanément améliorée chez la mère. Aucun risque hémorragique n'a été noté. En pratique devant la découverte d'une thrombopénie au troisième trimestre de la grossesse des investigations poussées ne sont pas utiles dans la majorité des cas. Il faudra suivre le compte plaquettaire chez la mère et contrôler les plaquettes chez le nouveau-né. La figure 6 propose un algorithme de prise en charge d'une thrombopénie chez la femme enceinte.

## **RECOMMANDATIONS**

En regard de ces conclusions, nous pouvons faire les recommandations suivantes :

- Penser à une collaboration multidisciplinaire devant toute association thrombopénie et grossesse
- Réfléchir à s'accorder sur un seuil de définition de la thrombopénie au cours de la grossesse
- Penser à l'opportunité à abaisser le seuil de thrombocytopénie pendant la grossesse afin d'éviter les investigations coûteuses et souvent inutiles
- Penser à la thrombocytopénie accidentelle devant toute thrombopénie modérée au troisième trimestre de la grossesse
- Introduire la numération formule sanguine dans les modalités de surveillance d'une grossesse au troisième trimestre.
- Poser le diagnostic de thrombocytopénie gestationnelle devant des numérations antérieures normales, l'absence de thrombopénie avant la grossesse ou lors des deux premiers trimestres de la gestation en cours.
- Développer un algorithme de prise en charge clinique et biologique devant toute thrombopénie et grossesse
- Poser des stratégies ciblées suggérant des situations dans lesquelles une attente vigilante jusqu'après l'accouchement peut être considérée comme une approche sûre, celles dans lesquelles un traitement doit être administré et celles nécessitant un bilan diagnostique opportun, compte tenu du risque de certaines étiologies pouvant mettre en jeu le pronostic maternel et fœtal.



**Figure 4 :** Proposition d'algorithme de prise en charge clinique et biologique des thrombopénies (plaquettes < 150 x 10<sup>9</sup>/l) de la grossesse [10]

## **REFERENCES**

**1. Rottenstreich A, Israeli N Levin G, Rottenstreich M, Elchalal U, KalishY.**  
Clinical characteristics, neonatal risk and recurrence rate of gestational thrombocytopenia with platelet count < 100 x 10/L. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2018; 231:75–9.

**2. Reese JA, Peck JD, Deschamps DR, McIntosh JJ, Knudtson EJ, Terrell DR et al.**

Platelet counts during pregnancy. *N Engl J Med*. 2018; 379(1):32–43.

**3. Cines DB, Levine LD.**

Thrombocytopenia in pregnancy. *Blood and Hematology* 2017, 130:144–51.

**4. Chaturvedi S, McCrae KR.**

Thrombocytopenia in Pregnancy.4th ed. Platelets. Elsevier Inc; 2019. 795-812 p.

**5. Natu N, Chandwaskar N, Sagar S, Dixit E.**

Thrombocytopenia in Pregnancy. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*. 2017; 6(2):276–81.

**6. Jodkowska A, Martynowicz H, Kaczmarek-wdowiak B, Mazur G.**

Thrombocytopenia in pregnancy - pathogenesis and diagnostic approach. *Postepy Hig Med Dosw*. 2015; 69:1215–21.

**7. McCrae KR.**

Thrombocytopenia in pregnancy. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2010. 2010;397–402.

**8. Khellaf M, Loustau V, Bierling P, Michel M, Godeau B.**

Thrombopénie et grossesse Thrombocytopenia and pregnancy. *La Revue de Médecine Interne*. Elsevier Masson SAS; 2012; 33(8):446–52.

**9. Reese JA, Peck JD, McIntosh JJ, Vesely SK, George JN.**

Platelet counts in women with normal pregnancies: A systematic review. *American Journal of Hematology*. 2017; 92:1224–32.

**10. Boehlen F, Samii K, Epiney M.**

Prise en charge des thrombopénies au cours de la grossesse. *Revue Medicale Suisse*. 2011; 7:340–4. 23

**11. McIntosh JJ, Reese Jessica, Deschamps D, Peck J, Vesely S, Terrell D et al.**

Defining gestational thrombocytopenia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Elsevier; 2018; 218(1):S50–1.

**12. Kasai J, Aoki S, Kamya N, Hasegawa Y, Kurasawa K, Takahashi T et al.**

Clinical features of gestational thrombocytopenia difficult to differentiate from immune thrombocytopenia diagnosed during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2015; 41(1):44–9.

**13. Care A, Pavord S, Knight M, Alfirevic Z.**

Severe primary autoimmune thrombocytopenia in pregnancy: a national cohort study. *BJOG*. 2018; 125:604–12.

**14. Boehlen F, Hohlfeld P, Extermann P, PernegerTV, de Moerloose P.**

Platelet Count at Term Pregnancy: A Reappraisal of the Threshold. *Obstetrics & Gynecology*. 2000; 95(1):29–33.

**15. Thon JN, Italiano JE.**

Platelets: Production, Morphology and Ultrastructure. In: Antiplatelet Agents. *Springer International Publishing*; 2012. p. 3–22.

**16. Arbor A.**

Normal platelet function. *Cancer Metastsis Review*. 2017; 36(2):195–8.

**17. Pillay PS, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A.**

Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular journal of Africa*. 2016; 27(2):89–94.

**18. Rodger M, Sheppard D, Gándara E, Tinmouth A.**

Haematological problems in obstetrics. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2015; 29(5):671–84.

**19. Ramsay M.**

Normal hematological changes during pregnancy and the puerperium. In: In Pavord S HB (ed), editor. *The Obstetric Hematology Manual*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 3–12.

**20. Lambert MP, Gernsheimer TB.**

Clinical updates in adult immune thrombocytopenia. *The American society of hematology*. 2017;129(21):2833.. 24

**21. Loustau V, Pourrat O, Mandelbrot L, Godeau B.**

Purpura thrombopénique immunologique et grossesse : état des connaissances actuelles et questions encore sans réponse. *La Revue de Médecine Interne*. Elsevier Masson SAS; 2014;07(009):2–5.

**22. Mamouni N, Bougern H, Derkaoui, Bendahou K, Fakir S, Bouchikhi C et al.**

Le HELLP syndrome: à propos de 61 cas et revue de la littérature. *Pan African Medical Journal*. 2012; 8688:1–8.

**23. M Subbaiah, S Kumar, Roy KK, Sharma JB, Singh N.**

Pregnancy outcome in patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2014;289(2):269–73.

**24. Mouffak S, Berrada S, Babahabib A, Kouach J, Moussaoui D.**

Thrombopénie et grossesse : A propos d'un cas et revue de la littérature. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. 2018; 24(2):467–72.

**25. Mao SP, Chang CC, Chen SY, Lai HC.**

Gestational thrombocytopenia complicated with macrosomia, failure to progress in active labor, and post-partum hemorrhage. *Taiwan J Obstet Gynecol*; Vol. 46. 2007. p. 177–9.

Dr Khadidiatou DIALLO

**THROMBOPENIE GESTATIONNELLE DU TROISIEME TRIMESTRE : A PROPOS D'UN CAS  
AVEC REVUE DE LA LITTERATURE.**

**Rubrique de classement:**

Gynécologie-Obstétrique

**Mots clés:** Plaquettes, baisse, taux

accidentelle, grossesse, fin

## **RESUME**

**Introduction :** La thrombopénie est définie comme un taux de plaquettes $< 150 \times 10^9/L$ . Son incidence est d'environ 6% à 10% des grossesses. Elle est souvent asymptomatique et de découverte fortuite. La thrombocytopénie accidentelle ou la thrombocytopénie gestationnelle est de loin la cause la plus fréquente et la moins grave de thrombopénie pendant la grossesse. Elle survient habituellement au cours du troisième trimestre de grossesse.

**Observation :** Il s'agissait de la découverte fortuite d'une thrombopénie à  $87 \times 10^9/L$  à 37 semaines d'aménorrhées + 3 jours le 16 octobre 2018 chez une primigeste primipare de 28 ans sans antécédents de troubles hématologiques ni de pathologies auto immunes. Une césarienne prophylactique était programmée depuis 35 semaines d'aménorrhée pour placenta prævia recouvrant total avec un utérus bicornue unicervical sur un terrain d'infertilité primaire de deux ans. Dans le post partum le nouveau né n'avait pas de thrombopénie néonatale et l'évolution maternelle était spontanément favorable sans traitement avec des suites post opératoires simples.

**Conclusion :** La thrombopénie est la deuxième anomalie hématologique la plus fréquente chez la femme enceinte après l'anémie. La thrombocytopénie gestationnelle qui est un diagnostic d'élimination représente 75% des étiologies. Elle est bénigne, sans risque hémorragique et ne nécessite pas de traitement. Cependant, les étiologies sont diverses et variées nécessitant une démarche rigoureuse pour une prise en charge adéquate. Un consensus pour une approche définitive devient une nécessité.

Email : [khadidiatou1@gmail.com](mailto:khadidiatou1@gmail.com)