

Cas clinique 2

Alban Deroux

Service de Médecine Interne

CHU Grenoble Alpes

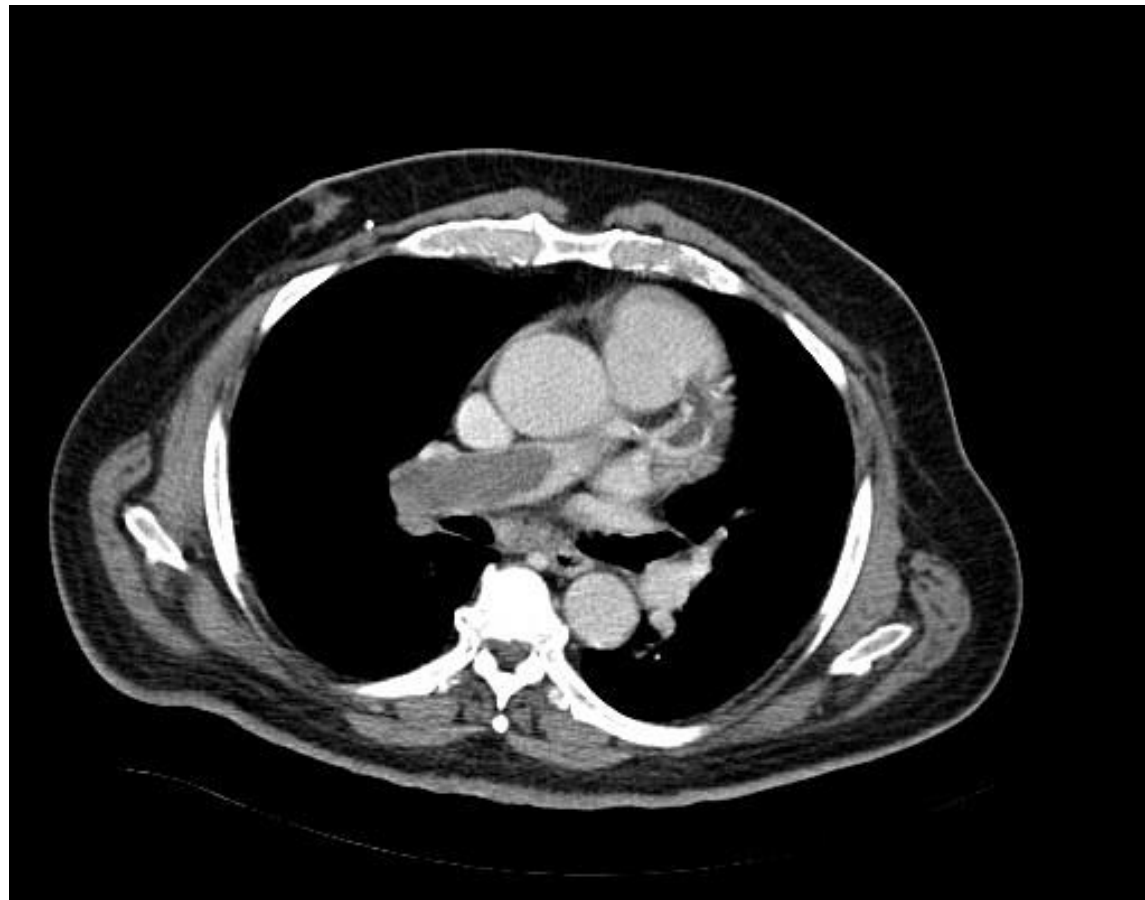
Mlle D., 21 ans

Juin 2021

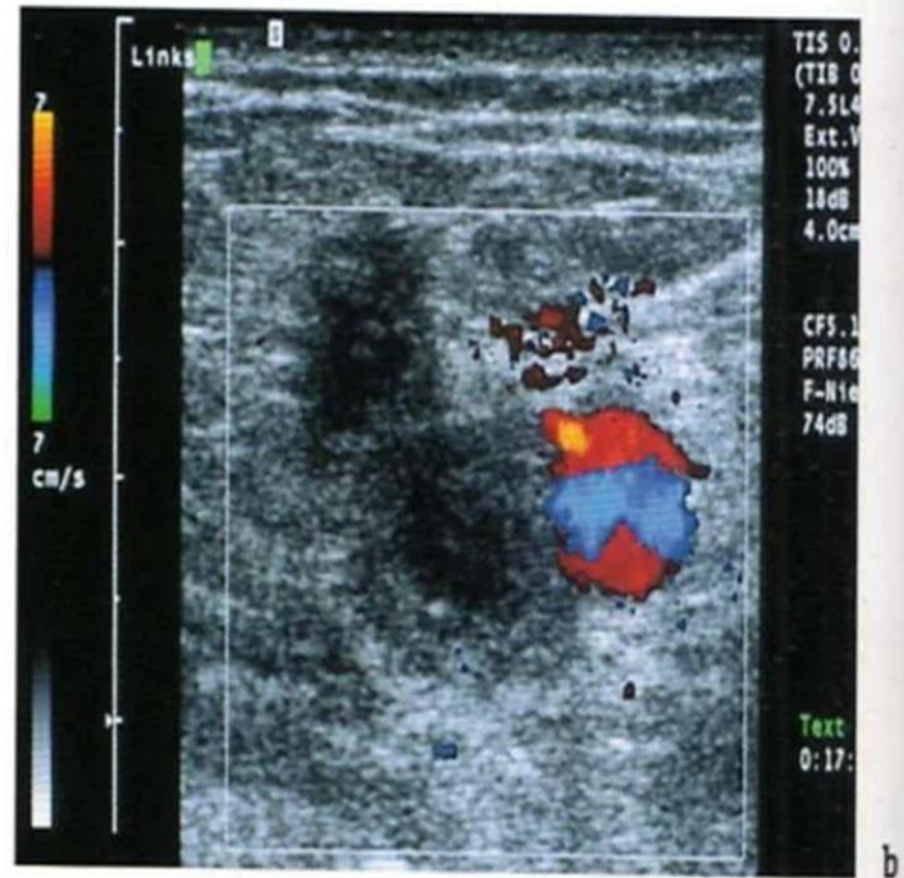
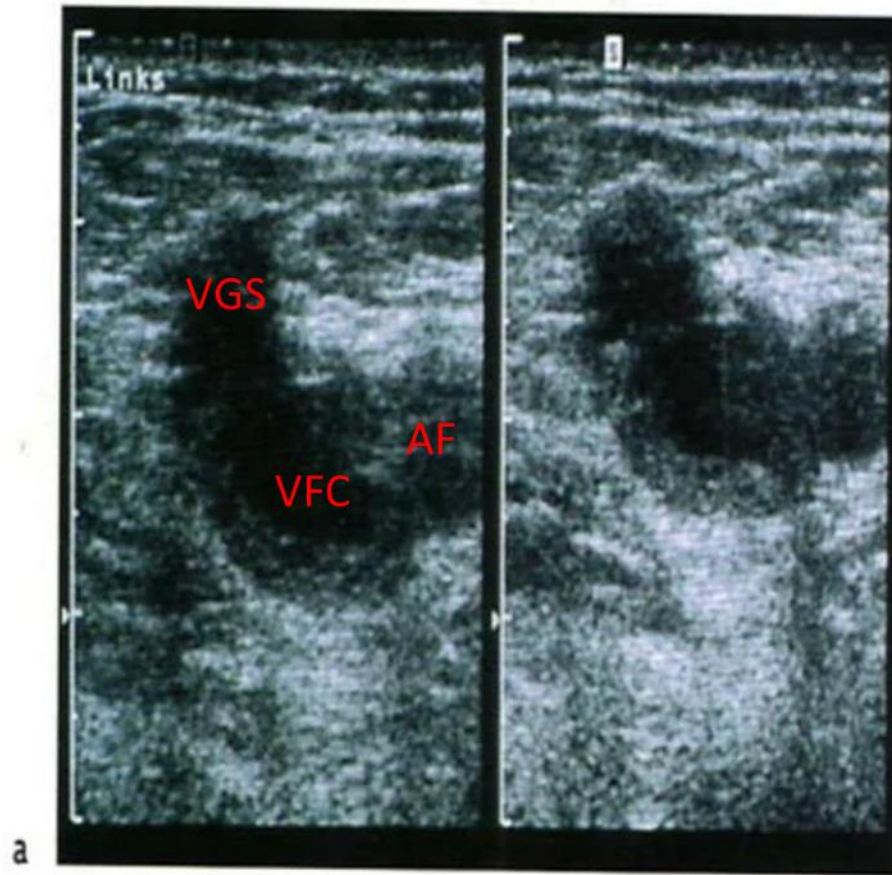
Consultation au SAU

- Dyspnée + toux + impotence fonctionnelle du membre inférieur droit
- Pas d'antécédent particulier
- Traitement : *lévonorgestrel / éthinylestradiol*
- Survenue brutale d'une douleur avec impotence du membre inférieur droit et d'une douleur thoracique avec dyspnée et toux
- Hémodynamique :
 - SatO₂ : 94% (tabagisme actif 3PA)
 - PA : 135/75, FC 112 bpm, FR 25/min.

Angiotomodensitométrie pulmonaire



Doppler veineux



G

Prise en charge

- Médicamenteuse

- **Anticoagulation efficace**

- Type de traitement ?

- AOD dose curative

- Durée du traitement ?

- 3 mois (compte-rendu : « EP provoquée sous POP et tabac »)

- Arrêt contraception oestroprogestative : **contre-indication à vie**

- Non médicamenteuse

- **Exploration étiologique de sa MTEV**

- Arrêt tabagisme actif (et passif)

Bilan étiologique du médecin vasculaire

« Pas d'anomalie du bilan de coagulation

Pas de thrombophilie identifiée »

Diagnostic de MTEV provoquée

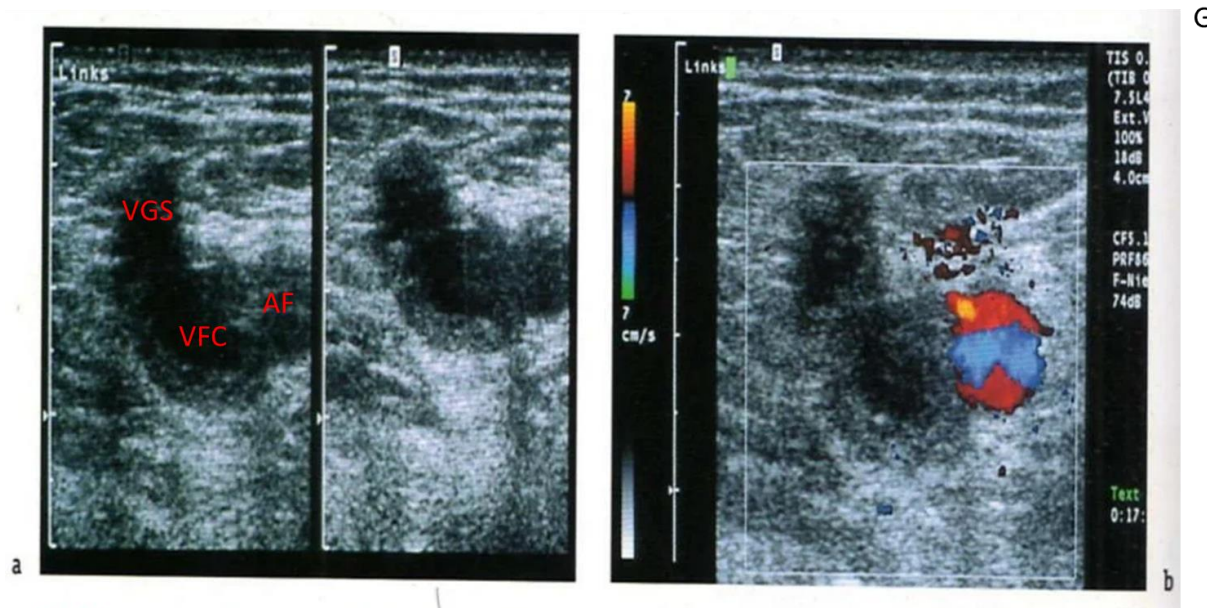
- Sevrage tabagique
- Arrêt COP, relai Désogestrel
- AOD 3 mois

En réalité, on retrouve :

- *TP, TCA normal (pas de NFS retrouvée, pas de fibrinogène)*
- *Activité protéine S, C, antithrombine normale*
- *Facteur II et V sauvage*
- *APL : antiB2GP1, antiCL négatifs, pas d'ACC réalisé car patiente déjà sous AOD...*

A 4 mois de la prise en charge : récurrence TVP

- Arrêt de l'anticoagulation à M3 (pas de défaut d'observance)
- Activité physique normale, pas de facteur étiologique acquis évident
- Sous progestatif seul, pas de reprise d'une autre contraception



Octobre 2021

Prise en charge

- Son médecin traitant impute son progestatif sur la MTEV
- Arrêt de la contraception hormonale
- Reprise des AOD pour 6 mois cette fois-ci

- Arrêt à 6 mois, contraception mécanique recommandée (avril 2022)

17/08/2022 : adressée pour GIU

- DR : 04/05/2022
- DGE : 18/05/2022
- GHR pour thrombopénie « modérée »

NUMERATION

Leucocytes	7,4	G/l
Erythrocytes	2,72	T/l
Hémoglobine	99	g/l
Hématocrite	0,29	l/l
VMC	105,5	fl
TCMH	36	pg
CCMH	345	g/l
IDR	14,5	%
Thrombocytes	83	G/l
VMP	11,1	fl
Réticulocytes	80,5	G/l

Diagnostic de PTI

- Thrombopénie préexistante aggravée au cours de la grossesse
- ACAN + 1/100 sans spécificités
- Accouchement le 01 février 2023, plaquettes 49 G/l (pas de péridurale)
- Mais :
 - Corticorésistance pour l'accouchement
 - Pas d'efficacité des IgIV
 - Pas de thrombopénie néonatale

Consultation post-partum

Dernière numération du
01 février 2023 :

Leucocytes	8,0	G/l	(4,0 - 11,4)
Erythrocytes	* 2,03	T/l	(4,01 - 5,19)
Hémoglobine	* 75	g/l	(115 - 149)
Hématocrite	* 0,23	l/l	(0,34 - 0,44)
VMC	* 111,3	fl	(74,7 - 94,2)
TCMH	* 37	pg	(24 - 32)
CCMH	332	g/l	(319 - 358)
IDR	* 15,9	%	(11,0 - 14,2)
Thrombocytes	* 79	G/l	(185 - 445)
VMP	10,9	fl	(8,0 - 13,0)

Numération du 10 mai
2023 (3 mois PP) :

Leucocytes	8,0	G/l	(4,0 - 11,4)
Erythrocytes	* 3,28	T/l	(4,01 - 5,19)
Hémoglobine	* 113	g/l	(115 - 149)
Hématocrite	* 0,34	l/l	(0,34 - 0,44)
VMC	* 105,3	fl	(74,7 - 94,2)
TCMH	* 35	pg	(24 - 32)
CCMH	334	g/l	(319 - 358)
IDR	* 14,9	%	(11,0 - 14,2)
Thrombocytes	* 139	G/l	(185 - 445)
VMP	9,8	fl	(8,0 - 13,0)

Quel est le problème ?

- Réticulocytes : 250 G/l
- Haptoglobine effondrée
- LDH : 880 UI/l
- Bilirubines augmentées
- Frottis sanguin : pas de schizocytes
- Coombs direct négatif

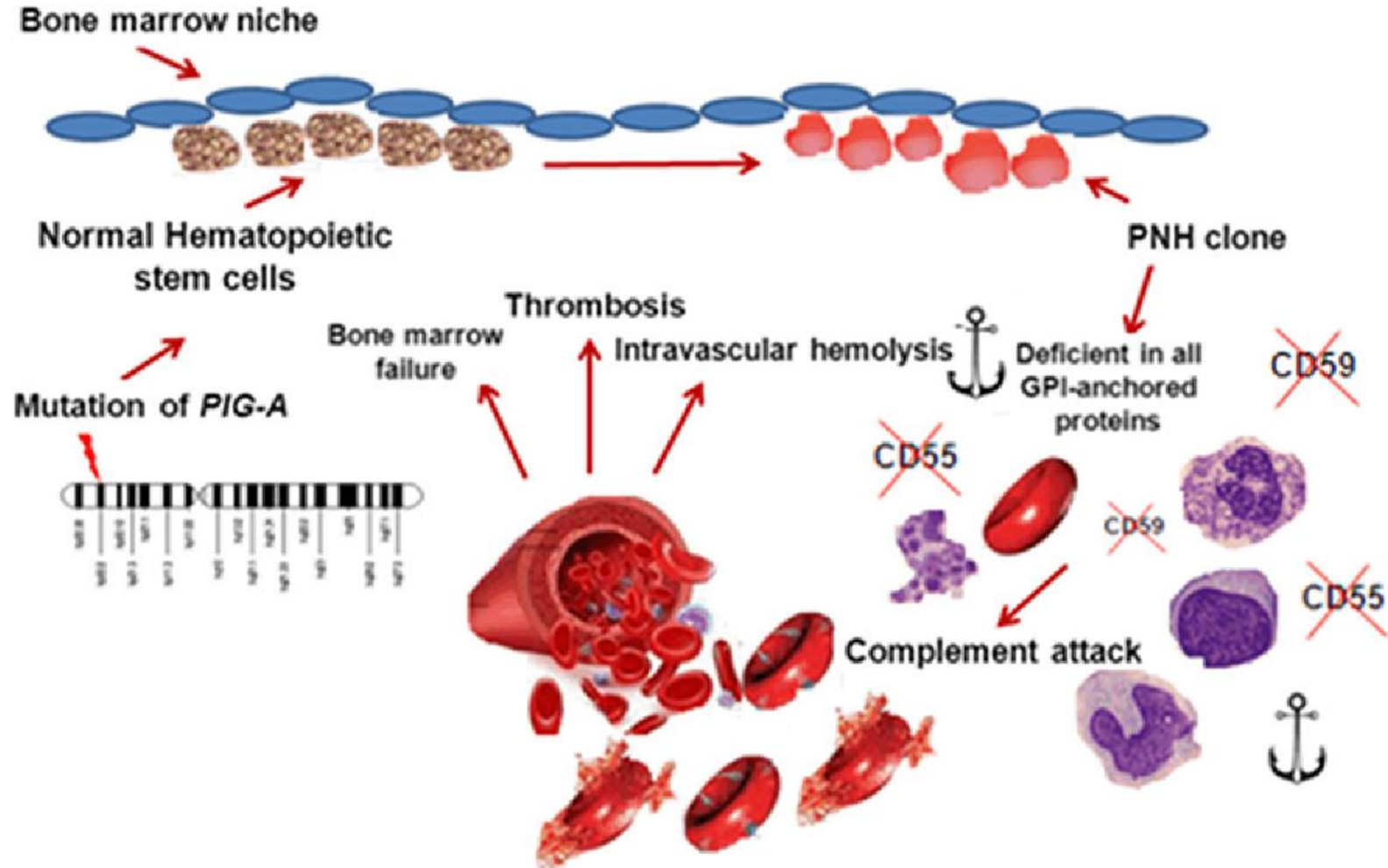
Quel est votre diagnostic évoqué ?

- 1- Un PTI, rien ne me prouve le contraire !
- 2- Un Syndrome des Anticorps Antiphospholipides (SAPL), classique en médecine interne
- 3- Un syndrome rare et méconnu que l'on ne peut pas expliquer, c'est quand même pas évident
- 4- Une Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne (HPN), ça sonne bien
- 5- C'est un Syndrome d'Evans compliquant un lupus hématologique, CQFD !

Hémoglobinurie Paroxystique Nocturne

- Maladie rare mais fréquente devant la triade diagnostique :
 - **Thrombose veineuse**
 - **Anémie hémolytique (+/- aplasie)**
 - Douleurs abdominales
- Prévalence :
 - 1/80 000 en France
 - Sex-ratio : 1, jeunes adultes (20-40 ans)
- Aggravation constante au cours de la grossesse !

Hémoglobinurie paroxystique nocturne



Que retenir ?

- Un PTI n'existe que devant une thrombopénie isolée
- Bilan de thrombophilie : « bilan classique » versus « cause plus rare »
- La NFS est probablement l'examen ayant la plus grande valeur dans l'exploration d'une MTEV.

MTEV : pas d'oestrogènes

MTEV : prescrire des progestatifs seuls (ou autre moyen de contraception hors contraception combinée)