

E. Mbaïndiki, S. Ahchouch, W. S. Ouedraogo, S. O. J. Kabore, M. A. Aznag, M. Hamidine, O. Setti, R. Mounir, A. Abdou, A. Raissi.

SERVICE D'HÉMATOLOGIE CLINIQUE, HÔPITAL MILITAIRE AVICENNE. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE, UNIVERSITÉ CADI AYYAD MARRAKECH, MAROC.
thynoprince@gmail.com

Introduction

La TI est la cause la plus fréquente des thrombopénies périphériques immunologiques¹. Dans le cadre d'une insuffisance mitrale (IM) sévère, le défi est de maintenir l'équilibre entre le risque de saignement peropératoire lié à la thrombopénie et le risque thrombotique lié à la pathologie valvulaire ou à la prothèse.

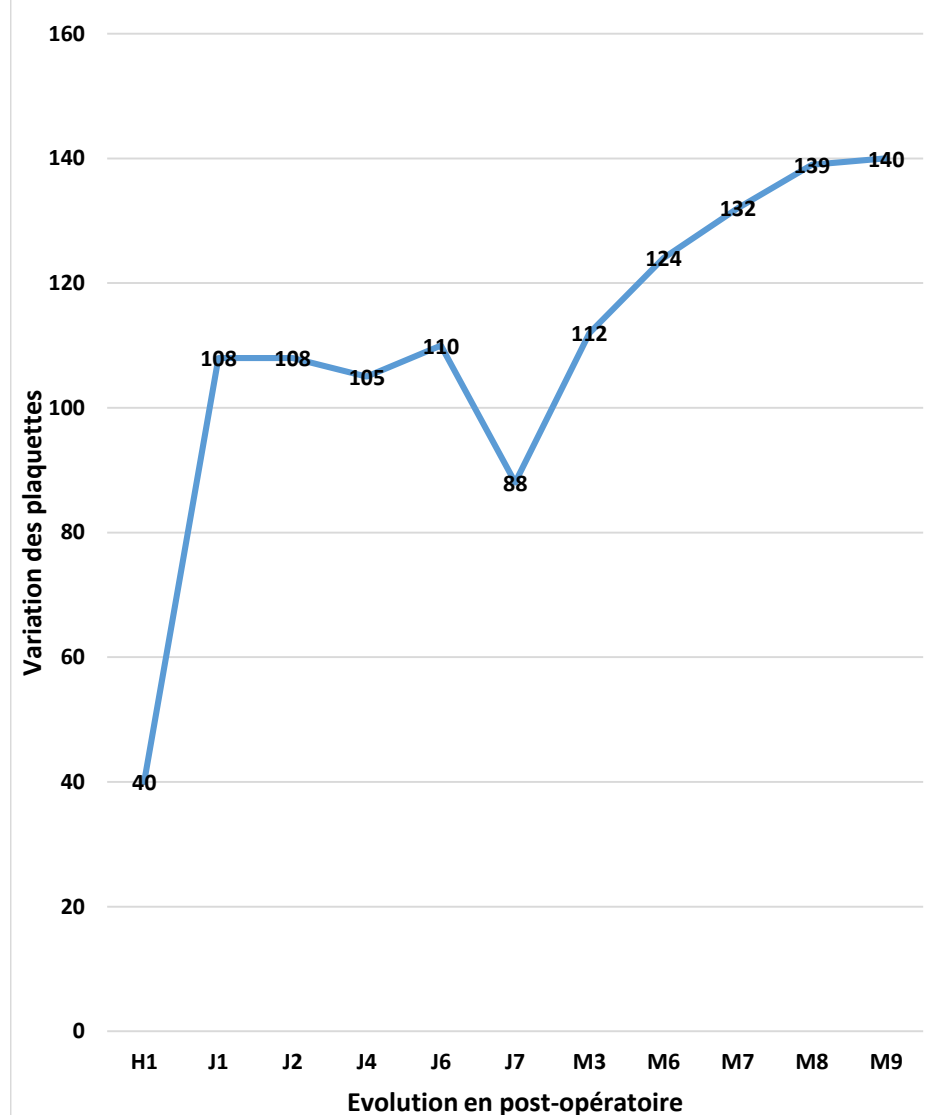
Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente de 62 ans sans antécédent notables, suivie au service de chirurgie cardiovasculaire pour une valvulopathie mitrale sévère en attente d'une plastie mitrale associée à une plastie tricuspide, qui présente une thrombopénie profonde à 6000/mm³ avec un score hémorragique de Khellaf à 2 et bilan d'hémostase normale.

Le bilan biologique ne retrouve pas d'agrégats plaquettaires au frottis sanguin. Le myélogramme montrait une moelle riche avec de très nombreux mégacaryocytes. Les bilans immunologiques (Anti- Scl 70, Ds DNA, Histones, Jo-1, Nucléosome, Sm, Sm/RNP, SSA/Ro 52 KD), sérologiques (HIV HVB HVC), thyroïdiens, hépatiques et rénaux étaient tous normaux.

La préparation en pré opératoire à base de dexaméthasone 40 mg à J1 et J8 notait une réponse partielle à 86 000/mm³ après 4 jours. Devant le risque hémorragique inhérent liée à la chirurgie avec l'utilisation des anticoagulants, la patiente a bénéficié d'une perfusion d'immunoglobulines polyvalentes (1g/kg) à J1 et J3, avec obtention d'une réponse complète à 154 000/mm³. Une annuloplastie mitrale associée à une annuloplastie tricuspide par chirurgie mini-invasive a été faite. Cette technique a pour avantage une courte durée d'anticoagulation en post opératoire et un moindre risque de saignement en peropératoire.

Les suites opératoires lors des 6 premiers mois, sous double anticoagulation étaient marquées par un seul épisode de rechute avec bonne réponse aux corticoïdes. Elle est actuellement en rémission complète à 9 mois de traitement



Conclusion

La gestion péri-opératoire du patient TI en chirurgie cardiaque repose sur une préparation immunologique agressive et un choix chirurgical évitant, si possible, les anticoagulants au long cours. Sa réussite nécessite une synergie multidisciplinaire étroite entre hématologues, chirurgiens cardiovasculaires et réanimateurs.

Références

1. Godeau B Actualités du purpura thrombopénique immunologique. Revue Francophone des Laboratoires, 2013. 449(2013) : p. 14-18.