

## Grossesse chez une patiente avec SAPL et thrombopénie induite par l’héparine, comment gérer ? cas clinique et revue de la littérature

**Messaouda DJOUHRI**, Professeur en Cardiologie, Service de Médecine Interne, CHU de Douéra, Alger, Algérie

- Imane GUETTAF, Assistante en Médecine interne, Service de Médecine Interne, CHU de Douera, Alger, Algérie
- Ferial HAMROUR, MCA en Médecine Interne, Service de Médecine Interne, CHU de Douéra, Alger, Algérie
- Ahcene, CHIBANE, Professeur chef de Service, Service de Médecine Interne, CHU de Douéra ,Alger, Algérie

### Introduction

Le syndrome des anti phospholipides (SAPL) est une pathologie auto-immune responsable d’un état d’hypercoagulation acquis, il peut être responsable d’une morbi-mortalité maternelle et foétale importante. L’anticoagulation par antivitaminique K (AVK) reste le traitement de référence en dehors des grossesses. La prise en charge d’un SAPL thrombotique au cours de la grossesse consiste en un arrêt du traitement par AVK, relayé par une HBPM à dose curative, mais en cas de thrombopénie induite par l’héparine (TIH) connue, comme le cas de notre patiente, comment gérer ?

### Observation

C’est une patiente âgée de 38 ans, G5P4A1: mère de 4 enfants (quatre grossesses menées à terme sans incidents et un avortement précoce ), porteuse d’un SAPL primitif connu depuis 5 ans avec triple positivité (anticoagulant lupique circulant, IgG anti cardiolipine et IgG anti-B2GP1), aux antécédants de deux épisodes de thrombose veineuse profonde et de TIH, mise sous AVK au long cours, hospitalisée pour une grossesse évolutive de 9 SA pour un relai aux AVK. Vu la notion de TIH et vu la non disponibilité du Danaparoïde sodique, la patiente a été mise sous Fondaparinux avec arrêt des AVK.

A j3 du traitement, la patiente a présenté des épistaxis de petite abondance, une NFS de contrôle a objectivé une thrombopénie sévère à 11 000/mm3, confirmée à plusieurs reprises. La décision d’arrêter le fondaparinux a été prise avec mise sous corticothérapie per os à raison de 1mg/kg et une perspective de retour aux AVK après la remontée des plaquettes à un taux sup à 150 000 /mm3.

A j16 de corticothérapie, le taux des plaquettes était à 156 000/mm3, la patiente a été remise sous 2 mg d’Acénocoumarol avec dégression progressive de la corticothérapie jusqu’à la dose minimale de 15 mg/j.

L’INR cible (entre 2 et 3) a été obtenu avec la dose de 2 mg, le risque tératogène avec cette dose est considéré comme faible. La patiente est sortie de l’hôpital avec surveillance régulière multidisciplinaire (Médecine Interne, Gynéco-obstétrique et Hématologie) et des INR et FNS de contrôle chaque mois.

A 35 SA, la patiente a été admise pour rupture prématurée des membranes et l'accouchement s’est produit par voie basse sous Acenocoumarol avec INR à 2.5 et un taux de plaquettes à 75 000/mm 3, sans incidents et sans relais par un autre anticoagulant. Le nouveau-né était indemne de malformations. L’AVK a été arrêté en post-partum immédiat et repris 48 heures après en absence de complications hémorragiques.

### Discussion

Le traitement du SAPL (hors SAPL obstétrical) reste actuellement l’anticoagulation par AVK qui doit être maintenu à vie (1,2). Au cours de la grossesse, le traitement consiste en un arrêt de l'AVK, relayé par une HBPM à dose curative qui sera ponctuellement suspendue le temps de l’accouchement et de l’analgésie. Le relais par AVK peut être rapide une fois passée la période à risque hémorragique.

La TIH est un syndrome clinico- biologique induit par des anticorps, qui reconnaissent dans la plupart des cas le facteur 4 plaquettaire (F4P) modifié par l’héparine, avec une activation plaquettaire intense ainsi qu’une activation de la coagulation pouvant aboutir à des thromboses veineuses et/ou artérielles.

En cas de TIH, le Danaparoïde sodique ne traversant pas le placenta, est l’anticoagulant le plus anciennement utilisé bien qu’il n’ait été évalué que dans quelques essais. Si le taux des plaquettes ne remonte pas, à fortiori si le malade présente une thrombopénie et/ou une thrombose sous Danaparoïde sodique, il faut évoquer la présence d’une réactivité croisée et envisager la prescription de l’Epirudine qui est, classiquement, contre-indiquée chez la femme enceinte.

Si le Danaparoïde n’est pas disponible, le Fondaparinux est une option qui peut être proposée bien qu’il y ait peu de données publiées dans ce contexte (3), il n’a pas de réactivité croisée avec les anticorps de TIH, il est facile à administrer (une injection sous-cutanée quotidienne), et ne nécessite aucune adaptation posologique ni aucun test biologique spécifique.

Malheureusement, notre patiente a présenté un thrombopénie également sous Fondaparinux qui reste de mécanisme inconnu et qui a répondu à la corticothérapie. Une exploration ultérieure est nécessaire pour en apprécier le mécanisme et les retombées thérapeutiques.

### Conclusion

Idéalement, la grossesse chez une femme avec SAPL, de surcroit si associé à une TIH, doit être précédée d’une consultation pré-conceptionnelle afin d’organiser la prise en charge. En effet, le protocole d’anticoagulation doit être défini dans le cadre d’une concertation pluridisciplinaire en tenant compte de l’expérience de l’équipe, des médicaments disponibles et des tests biologiques réalisés.

### Références bibliographiques

1. Shruti Chaturvedi and Keith R McCrae. Diagnosis and manage–ment of the antiphospholipid syndrome. Blood Rev. 2017 Nov; 31(6): 406–417

2. Deepa R.J., Arachchillage and Mike Laffan. Pathogenesis and management of antiphospholipid syndrome. Br J Haematol. 2017; 178: 181–195

3. CukerA. et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism : heparin-induced thrombocytopenia Blood advances (2018