

## Thrombopénie inaugurale aux urgences

ORIANE GARDY<sup>1</sup>

---

### 1. INTRODUCTION

La thrombopénie est définie par un taux de plaquettes circulantes inférieur à 150 G/l (ou 150 000/mm<sup>3</sup>). Elle peut être de mauvais pronostic, l'urgentiste doit donc connaître les signes de gravité cliniques et biologiques, ainsi que sa prise en charge.

Le risque hémorragique apparaît sous un seuil de plaquette de 30 G/l.

### 2. DÉMARCHE DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE

#### 2.1. Signe de gravité

- Les accidents hémorragiques viscéraux (cérébro-méningés, digestifs, ...) souvent précédés par des bulles hémorragiques intrabuccales, purpura ecchymotique extensif, des métrorragies
- Syndrome thrombotique
- Purpura fébrile
- Grossesse

#### 2.2. Interrogatoire

L'interrogatoire permet de s'orienter vers la cause de la thrombopénie.

---

<sup>1</sup> SAU Saint Antoine, Paris.

- Antécédents du patient, notamment de purpura thrombotique idiopathique, de cirrhose et de VIH
- Infection récente
- Nouveau traitement (héparine, chimiothérapie)
- Voyage récent (paludisme)
- Prise d'alcool ou de toxique
- Date des dernières règles

### 2.3. Examen clinique

L'examen recherchera :

- des signes de mauvaise tolérance hémodynamique,
- un syndrome hémorragique (purpura, bulle hémorragique, saignement extériorisé, syndrome méningé),
- un syndrome thrombotique (trouble neurologique ou coronarien principalement),
- un syndrome méningé fébrile,
- des signes d'infection, d'hépatopathie, une splénomégalie et des adénopathies.

### 2.4. Confirmation

En l'absence de syndrome hémorragique, il est nécessaire de vérifier qu'il ne s'agisse pas de fausse thrombopénie liée à une agglutination des plaquettes dans le tube. Il faut demander au biologiste de vérifier les plaquettes sur le frottis et contrôler la numération plaquettaire sur tube citraté.

### 2.5. Bilan biologique minimal aux urgences

- Numération formule sanguin et plaquettaire, réticulocytes
- Frottis sanguin
- TP / TCA / fibrinogène, haptoglobine
- Créatininémie, ASAT, ALAT, bilirubine totale et libre

### 2.6. Prise en charge

Nous partons du principe que la thrombopénie est inaugurale, en effet la prise en charge ne sera pas la même si la thrombopénie est ancienne et stable.

*Thrombopénie isolée*

En l'absence d'anomalies des autres lignées (atteinte centrale ?), de schizocytes (MAT ?) et de troubles d'hémostase (CIVD ?), d'organomégalie et adénopathies (hémopathie ?), le diagnostic le plus probable est un purpura thrombotique immunologique.

- Si la thrombopénie est inférieure à 30 G/l et/ou associée à un syndrome hémorragique : hospitalisation et traitement selon le score hémorragique (voir l'**annexe 1**), avec prescription de corticoïdes soit seuls (1mg/kg) soit associés à des immunoglobulines polyvalentes si score hémorragique supérieur à 8 (voir l'**annexe 1**). La transfusion de plaquette est inefficace.
- Si la thrombopénie est supérieure à 80 G/l et que le patient ne présente pas de comorbidité, un retour au domicile est possible avec un contrôle biologique à 24h et une information donnée sur les critères de gravité à surveiller.
- Si la thrombopénie est entre 50 G/l et 80 G/l, une hospitalisation est nécessaire afin de surveiller l'apparition de signe de gravité et de reconstruire la numération plaquettaire.

#### *Thrombopénie associée à des blastes ou associée à une pancytopénie*

Le patient nécessite une prise en charge rapide en hématologie. Aucun examen complémentaire en urgence.

#### *Thrombopénie associée à une anémie*

Anémie non microcytaire avec une hémolyse (réticulocytes élevés, haptoglobine effondrée, bilirubine libre augmentée) :

- Rechercher des **schizocytes** et une baisse de l'**haptoglobine** car l'anémie hémolytique mécanique peut témoigner d'une micro-angiopathie thrombotique. De plus, si le patient présente des symptômes en rapport avec des thromboses, évoquer le purpura thrombotique thrombocytopénique. Il nécessite une prise en unité de soins intensifs avec un traitement spécifique (échanges plasmatiques). De même, l'association à une insuffisance rénale, doit faire évoquer le SHU.
- En présence d'hémolyse sans schizocytes, évoquer une anémie hémolytique auto-immune associée à un purpura thrombopénique immunologique.

#### *Thrombopénie associée à une insuffisance hépato cellulaire (IHC)*

La prise en charge dépend de la gravité d'un syndrome hémorragique. Un bilan étiologique est nécessaire si l'IHC n'était pas connue.

#### *Thrombopénie associée à une augmentation des D-dimères, un TP allongé et baisse du fibrinogène*

Il faut évoquer une coagulation intra-vasculaire disséminée (si pas d'insuffisance hépato cellulaire) et une hospitalisation en unité de soins intensifs.

#### *Thrombopénie et grossesse*

Rechercher une prééclampsie (HTA, protéinurie) et un HELLP syndrome (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count), il s'agit d'une urgence gynécologique.

Thrombopénie survenant entre J4 et J12 de la prise d'héparine et aucune autre cause retrouvée

Il n'y a pas d'examen complémentaire en urgence. Arrêt de l'héparine. Deux médicaments de substitution peuvent être proposés : la danaparoïde ou l'hirudine.

### 3. CONCLUSION

La thrombopénie peut témoigner d'une pathologie grave comme bénigne. La clinique et les examens complémentaires permettent à l'urgentiste d'instaurer rapidement un traitement adapté et d'orienter le patient vers la bonne structure.

Annexe 1 – Score hémorragique.

Âge		Saignement gastro-intestinal	
Age > 65 ans	2	Saignement digestif sans anémie	4
Age > 75 ans	5	Saignement digestif avec anémie (perte de plus de 2 g d'hémoglobine) et/ou choc	15
Saignement cutané		Saignement urinaire	
Purpura pétechial localisé (membres)	1	Hématurie macroscopique sans anémie	4
Purpura ecchymotique	2	Hématurie macroscopique avec anémie aiguë	10
Purpura pétechial avec localisations multiples	3	Saignement du système nerveux central (SNC)	
Purpura pétechial généralisé	3	Saignement du SNC ou saignement avec mise en jeu du pronostic vital	15
Purpura ecchymotique généralisé	4		
Saignements muqueux			
Epistaxis unilatérale	2		
Epistaxis bilatérale	3		
Bulles hémorragiques spontanées ou gingivorragies spontanées	5		