

GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
Service de gynécologie Obstétrique
Professeur M DOMMERGUES

Auteurs :

Marc DOMMERGUES (GO)
Daniele VAUTHIER BROUZES (GO)
Jacky NIZARD (GO)
Annette CORNET (A)
Isabelle MARTIN-TOUTAIN
(Hémostase)
Annick Ankri (Hémostase)

Date rédaction : novembre
2010

Date révision : 2012

PRISE EN CHARGE DES THROMBOPENIES AU COURS DE LA GROSSESSE

A- DIAGNOSTIC

Le seuil diagnostique pour la thrombopénie au cours de la grossesse est 150 G/l.

Devant une thrombopénie, il faut dans tous les cas :

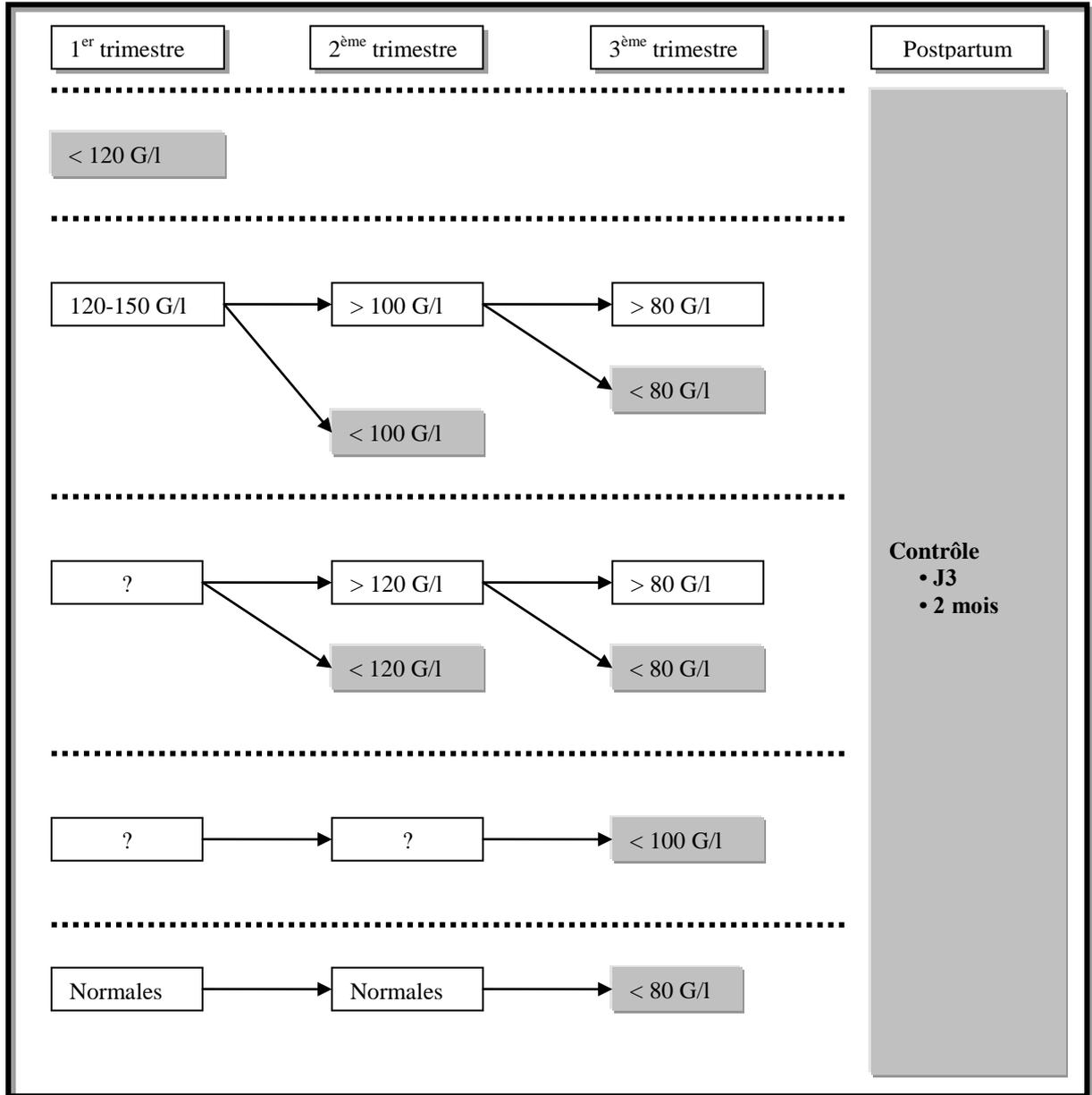
- Rechercher des signes cliniques de syndrome hémorragique
- Reprendre l'anamnèse :
 - Rechercher des antécédents personnels ou familiaux de thrombopénie ou de syndrome hémorragique
 - Rechercher des antécédentes de thrombopénies aux cours de précédentes grossesses
 - Rechercher une prise de toxiques ou de médicaments
- Eliminer une prééclampsie (clinique et biologique)
- Vérifier les sérologies habituelles (VIH, VHB)
- Vérifier les deux autres lignées sanguines
- Contrôler la réalité de la thrombopénie :
 - S'assurer qu'un contrôle sur lame a été fait
 - Deuxième prélèvement sur tube citraté si amas/agrégat plaquettaires. Sinon, contrôle sur tube EDTA

Penser à organiser une consultation d'anesthésie précoce en cas de thrombopénie maternelle.

B- SEUIL DE REALISATION DU BILAN ETIOLOGIQUE

En l'absence d'orientation clinique, la découverte d'une thrombopénie modérée (fond blanc), ne nécessite qu'une simple surveillance.

En revanche, en cas de thrombopénie plus marquée (fond gris), une exploration étiologique est nécessaire.



C- BILAN ETIOLOGIQUE

- TP - TCA - Fibrinogène
- Bilan hépatique : transaminases, bilirubine, GGT, PAL
- Protidémie - albuminémie

- Sérologie HVC et EBV
- Recherche anticardiolipines et FAN (en immuno-histo-chimie)

Avis hématologue si bilan négatif et thrombopénie < 50 G/l

D- TRAITEMENT EN COURS DE GROSSESSE

En cas de recherche étiologique négative, pas de traitement si > 30G/l et asymptomatique.

A 36 SA, si < 80 G/l, débiter le Cortancyl à 0,5 mg/kg/j

Evaluer la réponse à J10

Si réponse positive (> 80 G/l), maintenir les mêmes doses de corticoïdes

En l'absence de réponse, discuter le dossier avec hématologues ou internistes + Staff GHR du lundi après-midi.

Prévoir un accouchement vers 38-39 SA afin d'éviter la chute des plaquettes en fin de grossesse

Si plaquettes < 30 G/l ou femme symptomatique, staffer le dossier avec hématologues ou internistes en fonction du contexte.

E- GESTION DE LA FIN DE GROSSESSE

Le mode d'accouchement dépend de la situation obstétricale et exceptionnellement du niveau de thrombopénie.

Thrombopénie maternelle justifiant un bilan étiologique = ni prélèvement au scalp, ni ventouse en cours de travail.

Seuil pour Anesthésie Loco Régionale : 80 G/l et adapté à l'étiologie de la thrombopénie et à l'étude risque/bénéfice.

Eviter AINS en postpartum si plaquettes < 80 G/l

Prévention du risque thromboembolique systématique par anticoagulation + bas de contention si PTI.

F- NUMERATION PLAQUETTAIRE NEONATALE AU CORDON

Numération plaquettaire au cordon et à J3 dans tous les cas où un bilan de thrombopénie est réalisé chez la mère