

## 1. OBJET

Ce document a pour objet le bilan et la prise en charge de la thrombopénie durant la grossesse.

## 2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

**Domaine d'application :** le pôle Femme-Enfant

**Personnel concerné :** les médecins et les sages-femmes

## 3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

## 4. DESCRIPTION DE L'OBJET

- **Thrombopénie pendant la grossesse = taux de plaquettes < 130 000/mm<sup>3</sup>**  
Toute découverte de thrombopénie nécessite un contrôle aux UGO rapidement pour éliminer un HELLP syndrome associé ou non à une pré-éclampsie
- **Confirmation sur un 2<sup>ème</sup> prélèvement à 1 semaine** (sur **tube EDTA avec examen du frottis**) pour évaluer la rapidité d'évolution de la baisse des plaquettes. Le 2<sup>ème</sup> prélèvement est effectué sur tube citraté uniquement si présence d'agrégats plaquettaires à l'examen du frottis (élimination d'une fausse thrombopénie)
- Une fois la thrombopénie confirmée, la **prise en charge** dépend du **terme de la grossesse**, des **antécédents médicaux** (maladie auto-immune connue, numérations plaquettaires en dehors de la grossesse...) et du **contexte clinique de la grossesse actuelle** (risques de pathologie vasculaire placentaire).
- **Au diagnostic :** programmation d'un rendez-vous au **COS dans les 72h** pour prise en charge initiale. Si contexte obstétrical à risque de pré-éclampsie, patiente à convoquer en UGO dès le diagnostic.
  - **Dynamap**
  - **Bandelette urinaire +/- protéinurie sur échantillon avec rapport P/C**
  - **Bilan d'HTA complet**
    - NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, groupe rhésus, RAI, Bilan hépatique, ionogramme sanguin, créatininémie, albuminémie, haptoglobine, schizocytes

## I. **BILAN BIOLOGIQUE complémentaire à réaliser en l'absence de thrombopénie connue AVANT la grossesse :**

### 1. **En fonction du terme :**

- **Jusqu'à 28 SA (T1 et T2) : Si plaquettes < 100 000 / mm<sup>3</sup>**
- **Après 28 SA (T3) : Si plaquettes < 75 000 / mm<sup>3</sup>**

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-037
	<b>THROMBOPENIE ET GROSSESSE : BILAN ET PRISE EN CHARGE</b>	
	Version 03 du 12 juin 2023	
page 2/4		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

## 2. Bilan :

- **Sérologies virales** : VIH, CMV, EBV, VHC, AgHBs (si non fait au 6<sup>ème</sup> mois)
- **Bilan immunologique** : facteurs anti-nucléaires, anticoagulant circulant, Ac anti-cardiolipines et anti-béta2 GP1 (Ig G et M)

## 3. Avis hématologue : après obtention de l'ensemble du bilan (**myélogramme** si atteinte des autres lignées sanguines)

## 4. Surveillance :

- **Numération plaquettaire à 1 semaine, puis**
  - Si > 75.000 : mensuelle jusqu'à 36 SA
  - Si < 75.000 : toutes les 2 semaines jusqu'à 36 SA
  - A rapprocher en cas d'apparition de symptômes hémorragique
- **Numération plaquettaire hebdomadaire à partir de 36 SA**
- **Suivi ambulatoire**, avec récupération du bilan par la sage-femme du COS +/- avis médecin
- Adapter la surveillance au contexte obstétrical (ex : surveillance tension artérielle ambulatoire possible si contexte à risque de prééclampsie)
- **Pas de déclenchement systématique**
- **PEC à l'accouchement** : cf infra (similaire pour thrombopénie gestationnelle et PTI)

## II. En cas de PURPURA THROMBOPENIQUE IMMUNOLOGIQUE (PTI) :

### 1. 2 situations : prise en charge conjointe avec hématologue

- **PTI connu avant la grossesse**
- ou **suspecté pendant la grossesse** : thrombopénie avant 28 SA et/ou < 50 000/mm<sup>3</sup>, syndrome hémorragique, bilan biologique normal (**pas d'indication de recherche des Ac antiplaquettes**).

### 2. Critères de sévérité de la thrombopénie :

- **Modérée si > 50 000/mm<sup>3</sup>** : en général, pas de risque hémorragique
- **Sévère si < 50 000/mm<sup>3</sup>** : risques d'hémorragie provoquée entre 30 et 50 000/mm<sup>3</sup>, spontanée et/ou viscérale si < 30 000/mm<sup>3</sup>, intracrânienne si < 10 000/mm<sup>3</sup>

### 3. Traitement médical :

- Fonction du **terme**, de la **rapidité d'évolution** et de la **sévérité de la thrombopénie** (discuté à partir de 50 000/mm<sup>3</sup> ou si syndrome hémorragique).
- **Corticothérapie** : en général après 28 SA et si plaquettes < 50 000/mm<sup>3</sup>, prednisone (Cortancyl<sup>®</sup>) 1 mg/kg/jour en 1 prise le matin, **délai de réponse minimal** : 3 à 7 jours, **maximal** : 2 à 3 semaines.
- **Immunoglobulines polyvalentes IV** : au cas par cas sur avis hématologue : absence de réponse aux corticoïdes et/ou thrombopénie sévère à terme (délai d'action plus rapide).

### 4. Surveillance plaquettaire :

- Si > 75.000 : 1 fois par mois jusqu'à 36 SA puis hebdomadaire
- Si < 75.000 : toutes les 2 semaines jusqu'à 36 SA puis hebdomadaire

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-037
	<b>THROMBOPENIE ET GROSSESSE : BILAN ET PRISE EN CHARGE</b>	
	Version 03 du 12 juin 2023	
page 3/4		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstrétrique		

### 5. Prise en charge obstétricale :

- **Echographie obstétricale mensuelle en dépistage** : hémorragie intracrânienne fœtale exceptionnelle.
- Risques de **thrombopénie néonatale** : environ 10 % des PTI, pas de corrélation avec le taux de plaquettes et le type de traitement maternel, risque hémorragique cérébral néonatal (moins de 1 % des PTI) non lié au mode d'accouchement, chute des plaquettes néonatales en général entre 2 et 7 jours de vie
- **Aucune indication de ponction de sang fœtal**
- **Voie basse envisageable** : donc extraction instrumentale et pH au scalp si besoin

### III. PENDANT L'ACCOUCHEMENT : prise en charge du risque hémorragique maternel

- **Voie basse envisageable** : si absence de syndrome hémorragique et/ou taux de plaquettes maternel supérieur à **20 000/mm<sup>3</sup>**
  - Dans ce cas, **césarienne** uniquement sur indication obstétricale
- **Anesthésie locorégionale<sup>2</sup>** : possible si taux de plaquettes **> 75 000/mm<sup>3</sup>**, absence d'autres anomalies de l'hémostase et d'évolution rapide de la thrombopénie (à discuter avec ARE de garde)
- **Transfusion de concentrés plaquettaires au moment de l'accouchement si** :
  - Plaquettes < 30 000/mm<sup>3</sup> pour une voie basse
  - Plaquettes < 50 000/mm<sup>3</sup> pour une césarienne
- **Délivrance dirigée obligatoire**
- **Délivrance artificielle dès 20 minutes**
- **Si hémorragie du post-partum**, prise en charge active précoce et sans retard

### IV. APRES L'ACCOUCHEMENT :

- **Numération plaquettaire néonatale au cordon** : si PTI connu avant la grossesse, thrombopénie maternelle < 75 000/mm<sup>3</sup> ou traitée par corticothérapie
- **Chez la mère : NFS à J1** puis selon la sévérité et l'évolutivité de la thrombopénie
- **Numération plaquettaire à 1 mois**
- Si thrombopénie ayant nécessité un bilan pendant la grossesse (ou PTI suspecté) : **Consultation hématologique à 3 mois** avec NFS plaquettes et ensemble du bilan réalisé

	DOCUMENT OPERATIONNEL	FE-GO-DO-037
	<b>THROMBOPENIE ET GROSSESSE : BILAN ET PRISE EN CHARGE</b>	
	Version 03 du 12 juin 2023	
page 4/4		
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT\Gynécologie Obstétrique		

## 5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

### Références externes :

1. Federici L et al. Thrombopénie et grossesse. Du diagnostic étiologique à la prise en charge thérapeutique. Presse Med 2008 ; 37 : 1299-307
2. Sukenik-Halevy R et al. Management of immune thrombocytopenic purpura in pregnancy. Obstet Gynecol Surv 2008; 63: 182-8
3. SFAR. Les blocs périmédullaires chez l'adulte, RPC, 2006. <http://www.sfar.org>
4. Haute Autorité de Santé. Guide Affection de Longue Durée. Purpura thrombopénique immunologique de l'enfant et de l'adulte ; Protocole national de diagnostic et de soins. Mai 2017. Disponible en ligne : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir36/pnds-\\_purpura\\_thrombopenique\\_immunologique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir36/pnds-_purpura_thrombopenique_immunologique.pdf) (Consulté le 11 septembre 2017).

## 6. HISTORIQUE DU DOCUMENT

<i>Dernière version</i>	<i>Objet de la révision</i>
03 - 12 juin 2023	mise à jour diagnostic et PEC de la thrombopénie
<i>Historique des révisions</i>	
01 - 01 janv. 2010 - Création du document sous format électronique, 02 - 25 janv. 2012	

### Groupe de lecture :

**Obstétriciens** : Dr J HUET (rédacteur) , Dr G Beucher (rédacteur), Dr A.S Lafitte, Pr M Dreyfus

**Anesthésistes** : Dr T Simonet

**Hématologues** : Dr S Cheze

## 7. EVALUATION

NEANT

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
Justine HUET, Anne sophie LAFITTE Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique, Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 09 juin 2023 09:31:45, 09 juin 2023 16:09:01	Christine DENOUAL ZIAD, Michel DREYFUS Chef de Service - CHU, Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 12 juin 2023 10:36:41, 12 juin 2023 10:52:56	Aurore BOUQUEREL (par Marc MANGIN) Directeur - CHU\DIRECTION DE LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DES USAGERS 12 juin 2023 12:01:49