

Skali H, Lazrak F.Z, Ait Ameer M, Chakour M

Laboratoire d'Hématologie, Hôpital Militaire Avicenne, CHU Med VI. Marrakech, Maroc

## Introduction :

La thrombocytose est une anomalie sanguine fréquemment observée. Elle se définit par un taux de plaquettes supérieure à 400 G/l, elle n'est explorée en pratique que quand elle est supérieure à 450 G/l et si elle persiste dans le temps.

Elle est d'origine réactionnelle dans plus de 80% des cas, alors que l'origine primitive de la thrombocytose nécessite une prise en charge spécialisée.

Des interférences analytiques peuvent faussement élever ce taux de plaquettes.

L'objectif de notre travail est de faire le point sur ces interférences et savoir différencier les thrombocytoses réactionnelles et primitives à l'aide d'une série d'examen complémentaires hiérarchisés.

## Matériels et méthodes :

Notre travail est une étude prospective sur 2 mois menée au sein du laboratoire d'hématologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

Au total 3682 hémogramme prélevés sur tube EDTA et analysés sur automate Sysmex XT 4000 i. Un frottis a été réalisé chez tout patient ayant un taux de plaquettes supérieur à 450 g/l coloré par MGG classique ou rapide.

## Résultats :

Au total 3682 prélèvements de numérations ont été reçus. L'âge moyen était de 36,8 ans. Une légère prédominance masculine a été notée. La prévalence de la thrombocytose a été de 1.4% ( n=52), sur le frottis une fausse thrombocytose a été objectivée dans 10% des cas (n=5) ; la thrombocytose était d'allure réactionnelle chez 88% des cas (n=46) ; une association à une anémie hypochrome microcytaire dans 63 % des cas (n=33), chez des malades suivis pour pathologie inflammatoire chronique chez 12% (n=6), néoplasie connue chez 4% des cas (n=2), et post-opératoire dans 2% des cas (n=1). Chez 5 patients aucune cause secondaire n'a été retrouvée.

## Discussion :

Une thrombocytose est une situation clinique fréquente au laboratoire. Un taux de plaquettes supérieur à 450 G/L est considéré comme anormal (N = 150 à 450 G/L) sachant qu'un contrôle est toujours souhaitable sur un second hémogramme [1]. Le caractère reproductible du taux, et à fortiori son élévation dans le temps, doivent déboucher sur des explorations. L'exploration des patients avec excès de plaquettes implique une démarche diagnostique en deux temps:

- éliminer les hyperplaquetoses secondaires et les thrombocytoses primitives non liées à un syndrome myéloprolifératif (SMP) ainsi que les fausses thrombocytoses;
- distinguer les patients dont la thrombocytose s'intègre dans un phénotype de leucémie myéloïde chronique (LMC), de polyglobulie primitive ou de splénomégalie myéloïde, pour ne retenir que la thrombocytémie essentielle (TE).

Le chiffre de plaquettes n'est pas discriminant quant au caractère primaire ou secondaire de l'hyperplaquetose. Ainsi, dans l'étude de Buss et al. portant sur 280 patients avec un taux de plaquettes supérieur à 1000 G/L, 82 % des thrombocytoses sont réactionnelles [2]. De même, les anciens critères diagnostiques de TE (critères du PVSG) exigeaient un taux de plaquettes supérieur à 600 G/L et beaucoup avaient coutume de considérer comme secondaires des thrombocytoses entre 500 et 600 G/L [3]. Or, il est reconnu que de nombreux patients porteurs d'une authentique TE peuvent thromboser à des taux inférieurs à 600 G/L [4]. Ainsi, dans l'étude de Regev et al. [4], des complications sévères sont apparues chez 22 % des patients alors que leur taux de plaquettes était plus bas que 600 G/L. C'est la raison pour laquelle le chiffre de 450 G/L est désormais avancé comme un des quatre critères diagnostiques de la TE dans la nouvelle classification de la World Health Organization (WHO) [5,6]. Ce chiffre, mais aussi sa reproductibilité dans le temps, constitue donc le seuil à partir duquel il est licite de lancer des explorations pour trouver l'origine de la thrombocytose.

## Références :

- [1] Harrison CN, Bareford D, Butt N, Campbell P, Conneally E, Drummond M, et al. Guideline for investigation and management of adults and children presenting with a thrombocytosis. *Br J Haematol* 2010;149:352-75.
- [2] Buss DH, Cashell AW, O'Connor ML, Richards 2nd F, Case LD. Occurrence, etiology, and clinical significance of extreme thrombocytosis: a study of 280 cases. *Am J Med* 1994;96:247-53.
- [3] Murphy S. Diagnostic criteria and prognosis in polycythemia vera and essential thrombocythemia. *Semin Hematol* 1999;36(1 Suppl. 2):9-13.5-Jean-Baptiste Rey, Vincent Launay-Vacher. Utilisation des héparines de bas poids moléculaire (HBPM) chez le patient insuffisant rénal en milieu hospitalier. *J Pharm Clin* 2011;30(2):61-74.
- [4] Regev A, Stark P, Blickstein D, Lahav M. Thrombotic complications in essential thrombocythemia with relatively low platelet counts. *Am J Hematol* 1997;56:168-72.
- [5] Tefferi A, Thiele J, Orazi A, Kvasnicka HM, Barbui T, Hanson CA, et al. Proposals and rationale for revision of the World Health Organization diagnostic criteria for polycythemia vera, essential thrombocythemia, and primary myelofibrosis: recommendations from an ad hoc international expert panel. *Blood* 2007;110:1092-7.
- [6] Griesshammer M, Bangerter M, Sauer T, Wennauer R, Bergmann L, Heimpe H. Aetiology and clinical significance of thrombocytosis: analysis of 732 patients with an elevated platelet count. *J Intern Med* 1999;245:295-300.

## Conclusion:

La thrombocytose est le plus souvent réactionnelle et sans conséquence clinique. Le chiffre de plaquettes n'est pas discriminant quant au caractère primaire ou secondaire. Le bilan à effectuer en cas de thrombocytose persistante est relativement simple et bien codifié.