

Bilan de thrombophilie et grossesse: Limites d'interprétation

O .FOUINNA^{1,2}, H.BENCHAREF^{1,2}, W.BENNANE^{1,2}, M .RAID^{1,2}, B.OUKKACHE^{1,2}

¹ Laboratoire d'hématologie, Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca, Maroc

² Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca Maroc

Introduction

L'interprétation du bilan de thrombophilie chez la femme enceinte nécessite une attention prudente en raison des multiples changements physiologiques associés à la grossesse. Ces changements peuvent influencer les résultats des tests rendant difficile la distinction entre des valeurs modifiées par la grossesse et celles associées à une véritable thrombophilie.[1]

Objectif

L'objectif de ce travail est de décrire le profil biologique du bilan de thrombophilie chez la femme enceinte tout en mettant en évidence les difficultés d'interprétation de ce bilan au cours de la grossesse.

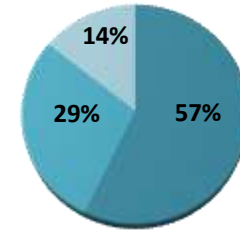
Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée sur une période de 8ans, allant du janvier 2015 au janvier 2023 au sein du laboratoire d'hématologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca, Incluant toutes les parturientes dont le bilan de thrombophilie a été réalisé (dosage de la protéine C, la protéine S, l'antithrombine et la recherche d'anticoagulant circulant type lupique) ; alors que les parturientes sous héparine n'ont bénéficiés que du dosage de la protéine C et la protéine S . Le recueil des données épidémiologiques et biologiques à été réalisé par l'exploitation rétrospective de la base de données informatisée du laboratoire d'hématologie, à l'aide du logiciel KALISIL, et des dossiers médicaux des parturientes hospitalisées au service de maternité de l'hôpital universitaire d'enfants Abderrahim Harouchi.

Résultats

Durant la période d'étude, 27 parturientes ont été colligées, la moyenne d'âge était de 38 ans [20-42ans]. Le bilan était positif chez 7 parturientes soit 26% des cas. Le déficit isolé en protéine S était le plus fréquent (57,14%) avec une moyenne de 34,5%, alors que le déficit isolé en protéine C était objectivé chez 1 seule parturiente soit 14,28% des cas. Le déficit combiné en protéine C et en protéine S était présent chez 2 parturientes soit 28,58% des cas (voir figure).

- Déficit isolé en Protéine S
- Déficit combiné Prot C/S
- Déficit isolé en Protéine C



Discussion

L'interprétation du bilan de thrombophilie pendant la grossesse est un défi majeur en raison des multiples changements physiologiques qui se produisent chez la femme enceinte. Ces changements peuvent influencer les résultats des tests de coagulation et rendant difficile la distinction entre des valeurs modifiées par la grossesse et celles associées à une véritable thrombophilie. Le manque de seuils de risque uniformes et spécifiques à la grossesse, ainsi que la faible spécificité de certains marqueurs biologiques, tels que les anticorps antiphospholipides, s'ajoutent à la complexité de l'interprétation. Les résultats de notre série rejoignent les données de la littérature ce qui a permis de donner à notre travail un aperçu général sur le bilan de thrombophilie chez les femmes enceintes ; En outre, les comorbidités préexistantes et l'utilisation d'anticoagulants peuvent également confondre l'évaluation des résultats du bilan de thrombophilie chez les femmes enceintes.

Conclusion

L'interprétation du bilan de thrombophilie au cours de la grossesse reste difficile vu le manque des valeurs de références validées dans notre contexte. Cependant l'intégration des différents données cliniques et biologiques reste primordiale pour une prise de décision diagnostique et thérapeutique adéquate.

Références

- [1] Venous thromboembolism and pregnancy M.-H. Horelloua,*^a,b, G. Plu-Bureau^a,c, J. Lepercq^a,d.
- [2] Croles FN et coll. : *Pregnancy, thrombophilia, and the risk of a first venous thrombosis: systematic review and bayesian meta-analysis. BMJ 2017; 359: j4452.*