

SYNDROME DES ANTICORPS ANTIPHOSPHOLIDES : DIAGNOSTIC RETROSPECTIF A PROPOS D'UN CAS

A. TRAORE, M.B. COULIBALY, B.S.I. DRAME, A. KASSOGUE, S. DOUMBIA, S.O.TRAORE

RESUME

Le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) a été défini en 1987 par l'association d'un événement clinique thrombotique (artériel ou veineux) et/ou obstétrical (pertes embryofœtales répétées) avec la présence durable d'anticorps anti – phospholipides (aPL). Associé à la grossesse, le SAPL est à l'origine d'événements obstétricaux à type d'avortement de prématurité d'hématome rétro placentaire de pré éclampsie. Un traitement bien codifié associant l'aspirine et l'héparine permet de réduire les complications obstétricales. Nous rapportons le cas d'une gestante avec un antécédent de trois avortements qui a mené 2 grossesses à terme avec des nouveaux vivants sous traitement malgré l'absence de diagnostic biologique.

Mots-clés : Syndrome des antiphospholipides ; Grossesse.

INTRODUCTION

Le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) est une maladie auto-immune qui entraîne des événements obstétricaux. La prise en charge est déterminante pour l'issue heureuse de la grossesse. Le syndrome des antiphospholipides (SAPL) a été défini en 1987 par l'association d'un événement clinique thrombotique (artériel ou veineux) et/ou obstétrical (pertes embryofœtales répétées) avec la présence durable d'anticorps antiphospholipides (aPL) [1]. Cette entité clinico-biologique s'est progressivement individualisée du lupus érythémateux systémique (LES) grâce à la reconnaissance du SAPL primaire survenant en dehors de tout cadre pathologique défini [1]. Chaque médecin se doit de bien connaître le SAPL, en raison de l'extrême diversité de ses manifestations révélatrices, de sa gravité potentielle, et de l'efficacité d'un traitement bien conduit [2].

Au plan obstétrical, la recherche d'aPL est justifiée devant toute mort fœtale ou après trois pertes embryonnaires consécutives ; elle semble en revanche dépourvue d'intérêt après une première fausse-couche précoce [2].

L'infertilité du couple est un problème santé publique de par sa fréquence, son impact psychologique et social ce qui amène les couples à recourir à la

SUMMARY

Antiphospholipid antibody syndrome: retroactive diagnosis in a case.

(APS) was defined in 1987 by the association of a thrombotic clinical event (arterial or venous) and/or obstetrical (repeated embryofetal losses) with the lasting presence of anti-phospholipid antibodies (aPL). Associated with pregnancy, APS is the cause of obstetric events such as abortion, prematurity, retroplacental hematoma and pre-eclampsia. Well-codified treatment combining aspirin and heparin helps reduce obstetric complications. We report the case of a pregnant woman with a history of three abortions who carried 2 pregnancies to term with new ones under treatment despite the absence of biological diagnosis.

Keywords: Antiphospholipid syndrome; Pregnancy.

Procréation Médicalement Assistée. Le projet de porter une grossesse et d'accoucher d'un nouveau-né en bonne santé nécessite la connaissance et la prise en charge des pathologies qui peuvent être à l'origine de l'infertilité, des avortements et des malformations fœtales. Une des pathologies insuffisamment prise en charge est le syndrome des antiphospholipides, méconnue en générale elle est certainement la cause d'infertilité de couple au Mali. Nous rapportons un cas de diagnostic rétrospectif et empirique sur la base de faisceau d'arguments clinique et de traitement conduit avec succès en absence de bilan biologique.

I. CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente de 36 ans G5 P3, ayant dans ses antécédents 3 avortements, et 2 enfants vivants, mariée, fonctionnaire au compte de l'état avec un niveau d'instruction supérieur. Elle n'avait pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux connus. Sur le plan obstétrical elle avait un antécédent de pré éclampsie sévère lors de sa première grossesse en 2014. Elle avait été hospitalisée dans un service de réanimation mais n'avait aucun document et n'a pas pu donner de précision sur son diagnostic et le traitement.

Tirés à part : Alassane Traoré, Maître de Conférences à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)
Email : alassane200@yahoo.fr
Tel (00223) 76191312

TRAORE A., COULIBALY M.B., DRAME B.S.I., KASSOGUE A., DOUMBIA S., TRAORE S.O. Syndrome des anticorps antiphospholipides : diagnostic rétrospectif. Journal de la SAGO, 2024, vol.25, n°3, p.84-86.

En 2017 lors de notre premier contact avec la patiente elle était à sa troisième grossesse (G3) et portait une grossesse évolutive de 15 Semaines d'Aménorrhées (SA). A l'interrogatoire, elle a signalé que les deux premières grossesses en 2014 et 2015 ont été des avortements tardifs spontanés à 20 SA et à 22 SA dans un contexte d'hémorragie avec expulsion de fœtus et de caillots de sang. Aucun examen n'avait été effectué sur les produits de conception néanmoins les fœtus étaient d'aspect apparent normaux.

Au terme de notre examen, le bilan de grossesse selon les politiques normes et procédures du Mali a été demandé et n'a révélé aucune particularité, une salicylothérapie à base d'aspirine 100mg par jour et la prévention des malformations du système nerveux central en raison d'un comprimé d'acide folique par jour ont été instaurés. L'échographie faite était normale avec un col de forme normale, d'une longueur de 4cm. Nous avons écarté le diagnostic de béance cervico-isthmique et n'avons pas envisagé de faire un cerclage. Le suivi de la grossesse a été sans particularité jusqu'à la 25^{ème} SA où elle a présenté des saignements soudains puis des contractions utérines ayant entraînés un avortement d'un fœtus d'aspect normal de poids 350 g. l'examen anatomique et pathologique du produit de conception était normal.

En 2018 elle a consulté pour aménorrhée de 7 SA, l'échographie faite a mis en évidence un sac gestationnel, la patiente a été mise sous salicylothérapie, acide folique et sous héparine à bas poids moléculaire (HBPM) à dose préventif. Le suivi de la grossesse a été normal. Sur le plan biologique la gestante n'a présenté aucune anomalie, le suivi échographique du fœtus a été normal. Nous avons programmé et réalisé une césarienne à la 37 SA sous rachianesthésie. L'acide salicylique a été arrêté 34 S et l'héparine de bas poids moléculaire 7 jours avant la césarienne.

La césarienne a ramené un nouveau-né de sexe masculin poids 3650g Taille 51 cm APGAR 8 en 5 minutes, 10 en 19 minutes. Les suites opératoires ont été simples, le nouveau-né n'a présenté aucune anomalie.

En 2020 la patiente a été suivie pour une autre grossesse donc la 5^{ème} grossesse. Elle a bénéficié du même protocole que la grossesse précédente avec principalement les injections d'héparine à bas poids moléculaire dès la 8^{ème} Semaine d'aménorrhée. Cette grossesse s'est déroulée sans incident, une césarienne programmée a été faite à 37 SA. Le nouveau-né de sexe masculin a pesé 3700 g, les suites opératoires ont été simples. La mère et le nouveau-né ont été exécutés après 5 jours de surveillance avec un bon état de santé. Un bilan biologique de suivi de la mère était normal (NFS, créatininémie, ASAT, ALAT, INR, glycémie à jeun) fait à 1 mois puis 3 mois après l'accouchement.

II. DISCUSSION

Le syndrome des anticorps antiphospholipides est une pathologie auto-immune rare < (1/2000). Le risque d'un premier événement thrombotique pour les patients asymptomatiques avec un anti-coagulant circulant, des anticorps anticardiolipides et des anticorps anti-beta2-GP1 (cofacteur) est estimé à 5,3% par an. Le risque est moindre mais significatif lorsqu'un seul des anticorps est positif.

Dans notre étude la patiente a fait 3 avortements avant tout soupçon du diagnostic de SAPL et sans traitement spécifique.

A Korbi [3] a étudié le déroulement de la grossesse chez 11 patientes porteuses de SAPL. Toutes ces grossesses se sont déroulées avant le diagnostic de la maladie. Six patientes ont présenté une forme secondaire de SAPL dont 4 femmes ont été lupiques et les deux autres avaient un syndrome «lupus like». Huit patientes avaient une forme thrombotique, caractérisée par des épisodes thrombotiques veineux (7 thromboses veineuses profondes et/ou embolies pulmonaires et 1 thrombophlébite cérébrale). Les décès embry-fœtaux ont été de 75%.

Manifestations obstétricales du syndrome des antiphospholipides

Les complications maternelles attribuables au SAPL sont l'hypertension artérielle, la pré-éclampsie, l'éclampsie, l'hématome retro placentaire, le syndrome hémolysis, elevated liver enzymes, low platelet count (HELLP) et la survenue d'un événement thromboembolique [4].

Les risques fœtaux sont dominés par les avortements spontanés, la mort fœtale, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) et la prématurité. Ces risques sont diminués par une prise en charge thérapeutique adaptée [4].

La pré-éclampsie sévère développée par notre patiente est une complication fréquente du SAPL sur grossesse décrite dans la littérature. Dans la cohorte européenne de SAPL (820 femmes) 71,9 % des femmes (n = 590) avaient eu une ou plusieurs grossesses (extrêmes : 1-23) qui avaient abouti pour 74,1 % d'entre elles à la naissance d'un ou plusieurs enfants vivants (moyenne 1,7 ; extrêmes : 1-8). La pré-éclampsie (9,5 % des femmes enceintes), l'éclampsie (4,4 %) et l'hématome rétroplacentaire (2,0 %) étaient les complications maternelles les plus fréquentes. Les complications fœtales les plus fréquentes avaient été une FCS avant dix SA (35,4% des grossesses), une perte fœtale tardive après cette date (16,9 % des grossesses) et une naissance

prématurée (10,6 % des naissances vivantes) [4]. Il n'était pas spécifié si ces complications étaient survenues sous traitement ou non [4].

Prise en charge

En cas de SAPL la grossesse doit être planifiée, une consultation spécialisée pré - conceptionnelle permet de dépister les rares contre-indications, de préciser les indications thérapeutiques et d'informer le couple sur le risque gravidique [5].

Pendant la grossesse la prévention des complications du SAPL repose sur la mise en œuvre de protocole associant un anticoagulant et antiagrégant [5]. Chez les patientes SAPL obstétrical et fausses couches récidivantes, deux essais prospectifs ont souligné que l'association de l'Héparine non fractionnée (HNF) et aspirine améliorerait considérablement le pronostic fœtal par rapport à l'aspirine seule [6,7]. L'intérêt des héparines de bas poids moléculaire (HBPM) par rapport à l'HNF est contradictoire, certaines études indiquent que l'association HBPM et aspirine n'est pas supérieure à l'aspirine seule [8,9], alors que d'autres montrent que l'association HBPM et aspirine est équivalente à l'association HNF et aspirine [10]. L'utilisation moins contraignante et le risque moins élevé de thrombopénie et d'ostéoporose des HBPM les font préférer aux HNF. Notre patiente a bénéficié de l'association HBPM et aspirine sans que le diagnostic ne soit établi. En cas de césarienne l'arrêt de l'HBPM doit se faire 6 heures avant sa réalisation

CONCLUSION

L'évènement inaugural attirant l'attention sur un syndrome des antiphospholipides est divers. Un traitement spécifique associant l'aspirine et l'héparine réduit les risques obstétricaux en cas de syndrome des antiphospholipides et grossesse.

Déclaration d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cet article.

REFERENCES

1. **J. Arvieux, E. Hachullab.** Le syndrome des antiphospholipides. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie 51 (2002) 146–151
2. **Hachulla E, Arvieux J.** Syndrome des antiphospholipides. In : Encycl Méd Chir, Hématologie 13-022-C-10. Paris : Elsevier ; 2001, p. 12.
3. **A. Korbi.** Syndrome des anticorps antiphospholipides et grossesse. SFE Nancy 2018 / Annales d'Endocrinologie 79 (2018) 443–448.
4. **N. Costedoat-Chalumeau, G. Guettrot-Imbert, V. Leguern, G. Leroux, D. Le Thi Huong, B. Wechsler, N. Morel, D. Vauthier-Brouzes, M. Dommergues, A. Cornet, O. Aumaitre, O. Pourrat, J.-C. Piette, J. Nizard.** Grossesse et syndrome des antiphospholipides. La revue de médecine interne 33 (2012) 209 – 216.
5. **L. Arnaud, A. manthian, D. Le Thi Huong. N. Costedoat–Chalumeau, Z. Amoura.** Syndromes des antiphospholipides et grossesse. La revue de médecine interne 325 (211) 526 – 530.
6. **Rai R, Cohen H, Dave M, Regan L.** Randomised controlled trial of aspirin and aspirin plus heparin in pregnant women with recurrent miscarriage associated with phospholipid antibodies (or antiphospholipid antibodies). BMJ 1997;314:253–7.
7. **Kutteh WH.** Antiphospholipid antibody-associated recurrent pregnancy loss: treatment with heparin and low-dose aspirin is superior to low-dose aspirin alone. Am J Obstet Gynecol 1996;174:1584–9.
8. **Laskin CA, Spitzer KA, Clark CA, Crowther MR, Ginsberg JS, Hawker GA,** et al. Low molecular weight heparin and aspirin for recurrent pregnancy loss: results from the randomized, controlled heparin trial. J Rheumatol 2009;36: 279–87.
9. **Farquharson RG, Quenby S, Greaves M.** Antiphospholipid syndrome in pregnancy: a randomized, controlled trial of treatment. Obstet Gynecol 2002;100:408–13.
10. **Noble LS, Kutteh WH, Lashey N, Franklin RD, Herrada J.** Antiphospholipid antibodies associated with recurrent pregnancy loss: prospective, multicenter, controlled pilot study comparing treatment with low-molecular weight heparin versus unfractionated heparin. Fertil Steril 2005;83: 684–90.
11. **Stephenson MD, Ballem PJ, Tsang P, Purkiss S, Ensworth S, Houlihan E,** et al. Treatment of antiphospholipid antibody syndrome (APS) in pregnancy: a randomized pilot trial comparing low molecular weight heparin to unfractionated heparin. J Obstet Gynaecol Can 2004;26: 729–34.