



Une thrombose trompeuse : l’ischémie aiguë qui révèle une leucémie aiguë promyélocytaire

- Sahar Chouchane, Service de médecine interne, Hôpital militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie
- Oumaya Ben Hamda, Service de médecine interne, Hôpital militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie
- Hassen Siala, Service de médecine interne, Hôpital militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie
- Ghada Mabrouk, Service de médecine interne, Hôpital militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie
- Saoussen Bouzidi, Laboratoire d'hématologie et de biochimie, Hôpital militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie
- Hela Ghedira, Service d'hématologie clinique, Hôpital Militaire Principal d'instruction de Tunis, Tunis, Tunisie
- Bilel Arfaoui, Service de médecine interne, Hôpital militaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie

Introduction:

L’ischémie aiguë du membre inférieur est une urgence médico-chirurgicale aux étiologies variées. Parmi celles-ci, la leucémie aiguë promyélocytaire (LAP) est une cause rare mais elle nécessite une reconnaissance précoce en raison de ses implications pronostiques et thérapeutiques.

Observation clinique:

☐ **Patient:**

Homme, 24 ans
Sans antécédents
Non tabagique
Consulte pour douleur aiguë du membre inférieur gauche
☐ **Examen clinique:**
Membre froid, pâle
Abolition des pouls pédieux et tibial postérieur
Absence de fièvre, purpura ou livedo
➔ Une ischémie aiguë du membre inférieur gauche a été retenue

☐ **Bilan initial:**

ECG : normal
NFS : normale (pas de cytopénie)
Bilan biologique : sans particularités
☐ **Imagerie:**
Angio-TDM :Occlusion étagée de:
 L’artère iliaque commune gauche
 L’artère iliaque externe gauche
 L’artère infra-poplitée gauche
Échocardiographie : normale (absence de thrombus intraventriculaire, de valvulopathie ou de végétation)

☐ **Bilan étiologique initial ➔ négatif**

(recherche d’un terrain de thrombophilie / des anticorps antiphospholipides / des ANCA / des ANA / dosage de cryoglobulinémie / frottis sanguin initial)

☐ **Évolution:**

- ✗ Aggravation malgré un traitement anticoagulation, antiagrégants , Iloprost , statine bien conduit
- ✗ Extension des thromboses
- ✗ Amputation du membre inférieur gauche
- ✗ Thromboses récidivantes bilatérales
- ✗ Infarctus viscéraux :
 - Rein
 - Rate
 - Mésentère

☐ **Données biologiques ultérieures:**

Hyperleucocytose secondaire
Anémie normochrome normocytaire
Thrombopénie
Blastes au frottis sanguin

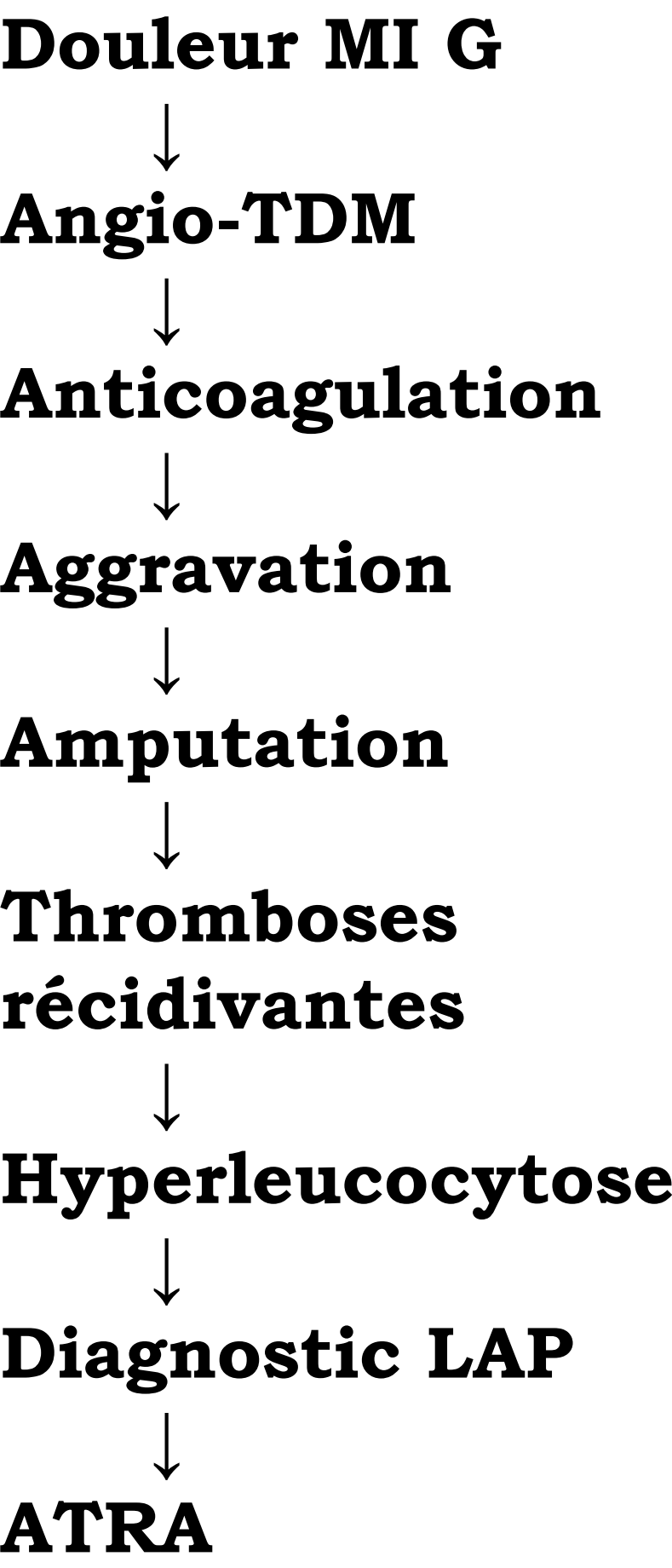
☐ **Diagnostic final:**

Leucémie aiguë promyélocytaire (LAP) confirmée par biopsie ostéo-médullaire

☐ **Traitement:**

Acide tout-trans rétinoïque (ATRA)

Timeline



Les événements thrombotiques au cours de la LAP surviennent dans environ 2 % à 15 % des cas et touchent principalement les veines profondes (28,7 %), les artères coronaires (26,6 %) et les artères cérébrales (20,1 %) (Figure 1).

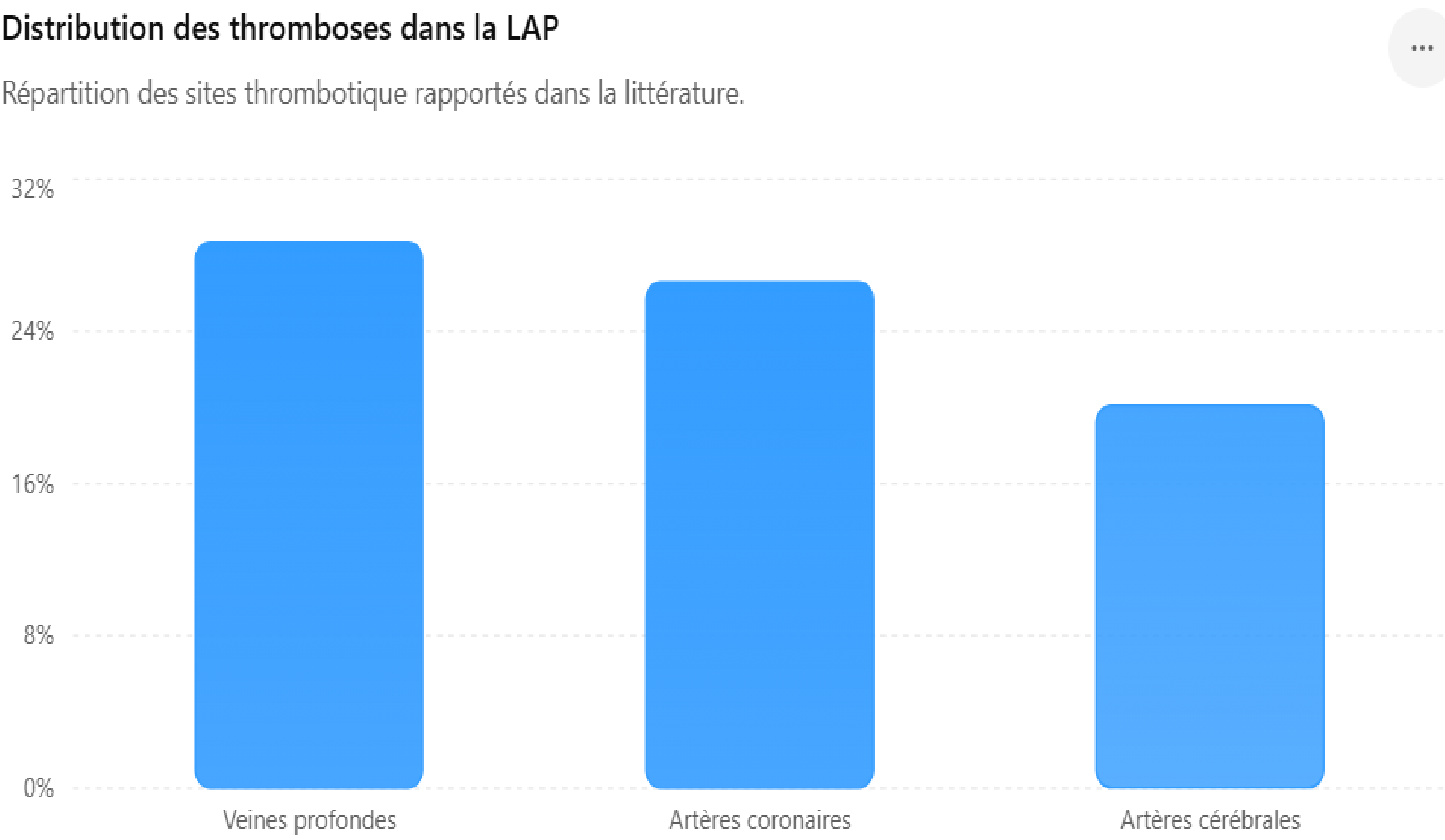
L’atteinte artérielle distale est rare ; seuls six cas ont été rapportés dans la littérature, dont quatre sont survenus avant l’instauration du traitement (Tableau 1).

Tableau 1 – Caractéristiques cliniques, démographiques et biologiques des patients atteints de leucémie aiguë promyélocytaire présentant une ischémie artérielle distale aiguë.

Référence	Âge	Sexe	Artères atteintes	GB	CIVD	Traitement	Amputation
1	16	M	Iliaque externe + tibiale droite	NM	NM	Thrombolyse + anticoagulation	Oui
2	16	M	Fémorale superficielle gauche	2900	Non	Embolectomie	Non
3	47	F	Poplitée droite	4400	Non	Anticoagulation	Oui
4	10	M	Iliques + fémorale gauche	31700	Non	Embolectomie	Non
Notre cas	24	M	Iliaque commune + externe + infra-poplitée gauches	5400	Non	Anticoagulation + antiagrégants + iloprost + statine	Oui

M-masculin, F-féminin, GB-globules blancs, CIVD- Coagulation intravasculaire dissimnée, NM-non mentionné

Figure 1 – Localisation des thromboses dans la LAP



Ce cas est remarquable par la localisation inhabituelle des thromboses dès le début de la maladie, ainsi que par l’absence d’hyperleucocytose et de blastes sur les examens biologiques initiaux.

L’atteinte distale artérielle comme mode de révélation est extrêmement rare, ce qui rend le diagnostic particulièrement difficile sans signes biologiques initiaux évidents.

De ce fait, l’enquête étiologique doit être exhaustive à la recherche d’une hémopathie maligne sous-jacente, même en l’absence de cytopénie initiale.

Conclusion:

Ce cas met en lumière une présentation atypique de la LAP, révélée par une ischémie aiguë du membre inférieur, soulignant l’importance d’un bilan étiologique exhaustif devant une ischémie artérielle aiguë inexpliquée, même en l’absence d’anomalies biologiques initiales.

1 « Arterial occlusions as a presenting feature of acute promyelocytic leukemia - PubMed ».
2 DiGiovanni, Crilley, et Kerstein, « Peripheral Arterial Occlusion in Acute Promyelocytic Leukemia ».
3 Kalk, Goede, et Rose, « Acute Arterial Thrombosis in Acute Promyelocytic Leukaemia ».
4 Fass et al., « Recurrent Peripheral Arterial Occlusion by Leukemic Cells Sedimentation in Acute Promyelocytic Leukemia ».