



Thrombopénie sévère mimant un purpura thrombopénique immunologique révélant une carence martiale profonde : à propos d’un cas!

- Sirine, SAADAoui, Interne, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Syrine, SASSI, Assistante hospitalo-universitaire, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Marouen, Mama, Assistant hospitalo-universitaire, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Mounira, EUCH, Professeur agrégé, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Asma, KEFI, Professeur agrégé, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Khaoula, ABDELGHANI, Professeur, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Sami, TURKI, Professeur, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie
- Abderrahim, Ezzeddine, Professeur, Médecine interne, Hôpital Charles Nicolle, Tunis, Tunisie

Introduction:

La carence martiale constitue la cause la plus fréquente de l’anémie qui s’accompagne généralement à une thrombocytose. Par ailleurs, une thrombopénie peut être rarement objectivée, indiquant ainsi le rôle du fer dans le mécanisme de la thrombopoïèse. Nous rapportons le cas d’un patient, présentant une thrombopénie associée à une anémie ferriprive, qui s'est corrigée après supplémentation martiale.

Observation:



*Age: 70 ans
*ATCDs: diabète type 2 au stade de complications dégénératives et maladie cœliaque

*Motif d’hospitalisation: exploration d’une **bi cytopénie** (thrombopénie à 6000 éléments/mm3 et anémie hypochrome microcytaire arégénérative (Hb=8g/dl, VGM=61fl, TCMH=25pg et réticulocytes=45000/μL)).

*Signes de gravité associés: **hémorragie intravitréenne**, sans autres signes hémorragiques associés.

*A l’examen clinique: pas de syndrome tumoral.

*A la biologie:
• La ferritinémie et le taux du fer sérique: bas (16μg/l et 1.3μmol/l respectivement), sans SIB associé.
• Le dosage de la vitamine B12 et B9: normaux.

*Aux explorations:
• Ponction sternale: moelle de richesse polymorphe, érythroblastique et discrètement mégaloblastique.
• TCD: faiblement positif à IgG1.
• Les sérologies virales, les anticorps antinucléaires et les anti phospholipides: négatifs.
• L’échographie abdominale: sans particularités.



Les causes néoplasiques tels les lymphomes ont été éliminées.

*La conduite thérapeutique: supplémentation martial par voie parentérale puis orale.



*Evolution à J5: amélioration de l’hémoglobine à 9.8g/dl et la normalisation du taux des plaquettes à 184000 éléments/mm3.

Discussion:

Classiquement, l'anémie ferriprive est associée à une numération plaquettaire normale ou à une thrombocytose, avec une prévalence estimée à 4,4 % (1). Par ailleurs, une thrombopénie peut être observée. Le fer joue un rôle important dans la thrombopoïèse comme dans l'érythropoïèse, responsable ainsi de la maturation et la différenciation des plaquettes. La carence en fer peut être aussi responsable de destruction périphérique des plaquettes par un mécanisme immunologique. D’autres hypothèses ont été suggérées comme : l’épuisement des récepteurs de la thrombopoïétine et synthèse privilégiée de la lignée érythrocytaire (2-3). La thrombopénie ferriprive présente un diagnostic différentiel de la PTI, qui doit être évoquée devant une anémie hypochrome microcytaire

Conclusion:

La thrombopénie reste une entité rarement observée par rapport à la thrombocytose dans les situations de carence martiale, qui se corrige par simple supplémentation en fer.

1.

Eder AF, Yau YY, West K. The effect of iron balance on platelet counts in blood donors. Transfusion. 2017;57(2):304-12.

2.

Xavier-Ferruccio J, Scanlon V, Li X, Zhang PX, Lozovatsky L, Ayala-Lopez N, et al. Low iron promotes megakaryocytic commitment of megakaryocytic-erythroid progenitors in humans and mice. Blood. 31 oct 2019;134(18):1547-57.

3.

Babikir M, Ahmad R, Soliman A, Al-Tikrity M, Yassin MA. Iron-Induced Thrombocytopenia: A Mini-Review of the Literature and Suggested Mechanisms. Cureus. 12(9):e10201.

