

Anomalies de la muqueuse buccale révélant un purpura thrombopénique idiopathique

Albisetti C, Baranes M, Tassi O, Maman L
(Service d'Odontologie, Hôpital Charles Foix, Ivry sur Seine)

Une patiente de 37 ans se présente au service d'Odontologie pour des gingivorragies spontanées ainsi que des lésions muqueuses érythémateuses intrabuccales. Elle a pour antécédents une césarienne et une fausse couche spontanée et prend une contraception orale par MICROVAL® (Lévonorgestrel) un comprimé par jour. Elle nous confie avoir arrêté sa pilule la veille. La patiente est d'origine Algérienne, aucune intoxication alcoolotabagique n'est relevée. Les gingivorragies sont apparues depuis 48h, une épistaxis est survenue la veille de la consultation. L'examen général révèle de multiples hématomes suite à des traumatismes mineurs au travail ainsi qu'un purpura pétéchial à l'épaule gauche sous forme d'une trentaine de lésions punctiformes ne s'effaçant pas à la vitropression. L'examen exobuccal révèle quatre pétéchies isolées au niveau de l'angle labial gauche. L'examen endobuccal objective : une plage de lésions purpuriques associant lésions ecchymotiques de couleur rouge vif et une vingtaine de pétéchies sur une muqueuse saine à la face interne de la lèvre inférieure, des gingivorragies spontanées diffuses, un hématome situé à la face interne de joue droite de 2,5 cm de grand axe et une vésicule en regard de la face occlusale de 18, d'aspect homogène et de couleur violacée. L'examen du palais montre de très nombreuses pétéchies sur tout le palais dur ainsi que sur le voile.

La démarche diagnostique devant ce tableau hémorragique oriente vers un trouble systémique de l'hémostase avec des facteurs aggravants: nature spontanée des saignements, étendue de l'atteinte cutanéomuqueuse et arrêt de la pilule contraceptive risquant de provoquer des ménorragies abondantes.

Un avis spécialisé est demandé en urgence auprès du médecin hématologue et impose le transfert aux urgences médicales de l'hôpital du Kremlin Bicêtre. La numération formule sanguine retrouve une hémoglobine = 9g/dl, et un taux de plaquettes = 4 Giga/L.

Un bilan complet de l'hémostase (TP, TCA, fibrinogène) montre l'absence de trouble de la coagulation plasmatique et de la fibrinolyse et nous oriente donc vers un trouble de l'hémostase primaire par thrombopénie sévère. Après avoir exclu une origine centrale à la thrombopénie, aucune cause de thrombopénie périphérique n'est retrouvée.

Le diagnostic retenu est donc un Purpura Thrombopénique Idiopathique (PTI).

Le traitement débuté en urgence : Prednisone 1mg/kg/j et perfusion d'immunoglobuline IV (Tégéline®) a permis une régression totale des symptômes cliniques et une normalisation du bilan biologique.

Certaines manifestations buccales au cours du PTI comme les bulles hémorragiques ou les hématomes sont directement corrélés à la sévérité de la thrombopénie. Il s'agit donc d'une urgence diagnostique et thérapeutique. La surveillance est basée sur deux paramètres essentiels : la numération plaquettaire et le score hémorragique regroupant les manifestations cliniques cutanéomuqueuses.

ALBISETTI Charles
charlesalbisetti1@gmail.com