

## MANIFESTATION BUCCALE D'UNE THROMBOPÉNIE : À PROPOS D'UNE OBSERVATION CLINIQUE

ORAL MANIFESTATION OF THROMBOCYTOPENIA: ABOUT A CLINICAL OBSERVATION

DIATTA M<sup>1,2</sup>, TAMBA T<sup>1,2</sup>, BA A<sup>1</sup>, GASSAMA BC<sup>1</sup>, KOUNTA A<sup>1</sup>, KANE M<sup>1</sup>,  
SY A<sup>1</sup>, NIANG CM<sup>2</sup>, DIA TINE S.<sup>1,2</sup>

1-Service de Chirurgie Buccale Département d'Odontologie Université Cheikh Anta Diop de Dakar Sénégal

2-Service d'Odontologie de l'Hôpital Général de Grand-Yoff, Dakar Sénégal



**Correspondance :** Mamadou DIATTA

Assistant au service de Chirurgie Buccale Département d'Odontologie  
Université Cheikh Anta Diop Dakar Sénégal/ diattamap@gmail.com ou diattamap@hotmail.fr

### RÉSUMÉ

**Introduction:** La thrombopénie immunologique, est une hémopathie caractérisée par la présence d'auto-anticorps anti-plaquettaires.

**Observation :** Le cas rapporté est décrit chez un homme de 47 ans travaillant depuis plusieurs années dans une parfumerie. L'anamnèse a rapporté l'apparition brutale de lésions vésiculo-bulleuses sur les faces internes des joues, qui se sont rompues laissant des masses tumorales hémorragiques. L'examen exo-buccal a noté deux légères tuméfactions géniennes basses bilatérales, indolores à la palpation associées une hyperthermie locale. L'examen endo-buccal a objecté des lésions hémorragiques prolifératives bilatérales de la face interne des joues, des hématomes sur les bords de la langue et des pétechies au niveau du palais dur. La prise en charge a commencé au service d'odontologie avec l'administration d'Acide Tranexamique (Exacyl<sup>®</sup>) ayant permis d'atténuer les saignements buccaux. Le patient a été admis ensuite au service des urgences avec des examens biologiques demandés. Ces examens ont révélé une anémie associée à une thrombopénie sévère motivant ainsi la transfusion de sang total au patient. Cependant, en urgence, le traitement peut différer en fonction de l'étiologie et de la sévérité de la thrombopénie. Dans la présente observation, la sévérité de la thrombopénie associée à une anémie a motivé la transfusion de sang total ayant favorisé une régression progressive des lésions buccales.

**Conclusion:** L'odontologiste doit jouer un rôle important dans le diagnostic précoce de la thrombopénie du fait que les lésions buccales peuvent être la première expression de la pathologie.

**MOTS CLÉS :** HÉMOPATHIES, THROMBOPÉNIE IMMUNOLOGIQUE, MANIFESTATIONS BUCCALES, PRISE EN CHARGE

### SUMMARY

**Introduction:** Immune thrombocytopenia is a hematological disorder characterized by the presence of platelet autoantibodies.

**Clinical case:** The reported case is described in a 47-year-old man working for several years in a perfumery. Anamnesis reported the sudden onset of vesiculo-bullous lesions on the inner sides of the cheeks, which failed, leaving hemorrhagic tumor masses. The exo-oral examination noted two mild bilateral low tumefactions, painless palpation associated with local hyperthermia. Endo-oral examination revealed bilateral proliferative hemorrhagic lesions of the inner cheeks, hematomas on the edges of the tongue and petechiae in the hard palate. Management began in the odontology department with the administration of Tranexamic Acid (Exacyl<sup>®</sup>) to reduce oral bleeding. The patient was then admitted to the emergency department with requested biological examinations. These examinations revealed anemia associated with severe thrombocytopenia thus motivating the transfusion of whole blood to the patient. However, in an emergency, treatment may differ depending on the etiology and severity of thrombocytopenia. In the present case, the severity of thrombocytopenia associated with anemia motivated the transfusion of whole blood which favored a progressive regression of oral lesions.

**Conclusion:** The odontologist must play an important role in the early diagnosis of thrombocytopenia because oral lesions may be the first expression of the pathology.

**KEYWORD:** HEMATOPATHIES, IMMUNOLOGICAL THROMBOCYTOPENIA, ORAL MANIFESTATIONS, MANAGEMENT

## INTRODUCTION

Les hémopathies sont des pathologies qui affectent les cellules et protéines sanguines [1]. Parmi elles, il y a la thrombopénie immunologique qui est une pathologie due à la présence d'auto-anticorps anti-plaquettaires qui entraînent leur destruction par les phagocytes mononucléés [2, 3]. Sur le plan biologique, le taux de plaquettes est inférieur à 150G/L [4, 5, 6, 7]. La symptomatologie hémorragique est au premier plan de la présentation clinique de la maladie [3, 8]. Au niveau buccal, les symptômes peuvent être des pétéchies, des hématomes, des ecchymoses ou des bulles hémorragiques [5, 7]. Le diagnostic précoce permet de prévenir les complications hémorragiques pouvant être mortelles.

L'objectif de cet article était de rapporter les aspects cliniques et thérapeutiques d'un cas de thrombopénie révélé par des hémorragies buccales.

## OBSERVATION CLINIQUE

Monsieur X Z, âgé de 47ans, habitant à Fatick (152,4 km au Sud de Dakar la capitale) a été référé au service d'Odontologie de l'Hôpital Général de Grand-Yoff (HOOGY) de Dakar, par un confrère pour des lésions hémorragiques bilatérales des faces internes des joues.

L'histoire de la maladie remontait à quatre jours avec l'apparition brutale sur les faces internes des joues de lésions vésiculo-bulleuses, qui se sont rompues rapidement, constituant d'importantes masses tumorales hémorragiques. Le patient dont l'élocution était altérée avait constaté une sialorrhée hémorragique, et une gêne à la mastication. Ainsi, il a consulté un chirurgien-dentiste qui l'a référé au service

d'Odontologie de l'Hôpital Général de Grand-Yoff (HOGGY) de Dakar.

Monsieur X Z a présenté les signes cliniques d'une anémie marquée par une pâleur des conjonctives, des ongles et des téguments. Il avait l'air très inquiet par ce saignement persistant qui l'obligeait à cracher fréquemment dans un pot et tâchait ses habits.

L'anamnèse médicale a révélé que le patient travaille depuis plusieurs années dans une usine de parfumerie où il manipule quotidiennement des liquides aux odeurs très volatiles.

A l'examen exo-buccal, deux légères tuméfactions géniennes basses bilatérales, indolores à la palpation et avec une légère augmentation de la chaleur locale ont été rapportées. Une adénopathie chronique mobile sous angulo-mandibulaire droite a été notée et l'examen des articulations temporo-mandibulaires n'a révélé aucune particularité.

L'examen endo-buccal a montré une hygiène bucco-dentaire déficiente avec beaucoup de tartre et de multiples caries dentaires.

L'examen des muqueuses buccales a permis d'objectiver :

- des lésions hémorragiques prolifératives bilatérales de la face interne des joues, constituées de caillots sanguins rougeâtres à noirâtres, s'étendant de la commissure labiale à l'oropharynx. Elles étaient non douloureuses mais très hémorragiques au contact (figure 1 A et B);
- des hématomes étaient également notés sur les bords de la langue et le palais mou (figure 2);
- sur le palais dur, des pétéchies ont été notées.



A



B

Figure 1: lésions prolifératives hémorragiques de la face interne de la joue gauche (A) et droite (B).



Figure 2 : hématomes de la région du palais.

Au terme de l'examen clinique, l'hypothèse diagnostique était en faveur d'un syndrome hémorragique aigu prolifératif.

Le traitement d'urgence au service d'odontologie a consisté à la prescription d'ampoules injectables d'Acide Tranexamique (Exacyl), qui ont été utilisées en une injection intraveineuse et en bains de bouche fréquents. Une heure après, le saignement s'est atténué, puis le patient a été hospitalisé au service des urgences pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Les examens biologiques demandés par le service d'odontologie étaient une Numération Formule Sanguine et un bilan de l'hémostase.

L'équipe des urgences y a associé les sérologies VIH et l'électrocardiographie. Puis, elle a prescrit la Ceftriaxone à raison de 2g en IV et effectué une transfusion de sang total.

Les résultats des examens biologiques ont révélé :

- une anémie normochrome normocytaire avec une thrombopénie sévère (taux de plaquettes inférieur à la limite de détection des appareils);
- des valeurs de l'INR, du TP et du TCK respectivement à 0,95, 100% et 20,7 s;
- des sérologies HIV1 et HIV2 négatives et un électrocardiogramme sans particularité.

Le diagnostic était en faveur d'une thrombopénie immunologique.

A J2, un début de régression des symptômes buccaux et une reprise de l'alimentation par le patient avaient été notés. Après son exéat à J2, le patient a été référé par la suite à l'équipe médicale du Centre National de Transfusion Sanguine de Dakar pour de plus amples investigations, afin de déterminer l'étiologie de cette impressionnante hémorragie.

A J3, les lésions vésiculaires des faces internes des joues avaient disparues laissant persister quelques pétéchies (figures 3 A).

A J7, une nette amélioration des symptômes avaient été notée avec une nette régression des lésions buccales (figure 3 B).



Figure 3: régression des lésions à J3 (A) et à J7 (B)

## DISCUSSION

Les thrombopénies immunologiques peuvent s'observer dans de nombreuses circonstances, notamment au cours d'infections, de maladies auto-immunes, de syndromes lymphoprolifératifs ou être inaugurale de la pathologie sous-jacente [9].

Les thrombopénies peuvent être classées en deux grandes groupes : celles de causes centrales (diminution de la production) et celles de causes périphériques (augmentation de la destruction) [10, 11, 12].

Les motifs de consultation les plus rapportés, au cours de la thrombopénie, sont la gingivor-

ragie spontanée et les lésions érythémateuses de la muqueuse buccale<sup>[13]</sup>. Cependant, les patients peuvent être référés pour une meilleure prise en charge<sup>[5]</sup>, comme c'est le cas dans la présente observation, où le patient a été référé pour une hémorragie spontanée des faces internes des joues.

La thrombopénie peut être observée aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte avec une prédominance entre la troisième et la cinquième décade de la vie<sup>[13, 14]</sup>. Il s'agit d'un symptôme retrouvé dans plusieurs maladies très différentes dont la plus fréquente est le purpura thrombopénique idiopathique souvent décrite chez la femme<sup>[5, 13]</sup>. La thrombopénie a été rapportée dans diverses situations telles que l'utilisation de contraceptifs oraux<sup>[13]</sup> et l'infection à VIH avec traitement par HAART (highly active antiretroviral therapy)<sup>[5]</sup>.

Les symptômes buccaux ont disparus après sept jours de traitement dans le cas rapporté. Les premiers signes peuvent être buccaux à type d'hématomes, de gingivorragies ou de pétéchies<sup>[5, 7]</sup>. D'autres manifestations buccales ont été également rapportées à savoir les lésions érythémateuses de la muqueuse buccale ainsi que des bulles ou vésicules hémorragiques décrites dans la présente observation seraient directement corrélés à la sévérité de la thrombopénie<sup>[5, 13]</sup>.

Les localisations les plus rapportées, de ces lésions, au niveau de la muqueuse buccale sont la lèvre inférieure, la langue, le palais et la face interne des joues<sup>[5, 8]</sup>. Cependant, les manifestations de gravité telles que les purpuras et les bulles hémorragiques touchent le plus souvent les faces internes des joues<sup>[8]</sup> comme observées dans cette présente observation.

Les examens biologiques, devant une thrombopénie, montre le plus souvent une perturbation du taux de plaquettes avec absence de trouble de la coagulation et de la fibrinolyse. Ce qui oriente souvent le diagnostic vers un trouble de l'hémostase primaire<sup>[5, 13]</sup>. Il faut signaler que le reste du bilan de l'hémostase (TP, TCA, Fibrinogène) reste normal<sup>[13]</sup>. Par ailleurs, d'autres variations biologiques peuvent s'y associer telles qu'une baisse du taux d'hémoglobine (9g/dl)<sup>[14]</sup> ou de la Concentration Corpusculaire Moyenne en Hémoglobine (CCMH) (29,9g/dl)<sup>[5]</sup>.

Dans la présente observation, le compte des GB était de 13,18. 10<sup>3</sup>/uL supérieur aux valeurs de références. Les autres constantes, étaient toutes inférieures aux valeurs de références, dont le taux de GR (2,96. 10<sup>6</sup>/uL), l'HGB (9,0 g/dL),

le VGM (83,4%) et le TCMH (30pg). Ces résultats biologiques étaient en faveur d'une thrombopénie immunologique du fait de l'augmentation du taux des GB et de la baisse des autres constantes biologiques.

Sur le plan clinique, dans les manifestations buccales localisées à la face interne des joues, le diagnostic différentiel se fera avec certaines lésions dues à un désordre surrénalien entraînant un dépôt de mélanine sur le même site<sup>[15]</sup>.

Les attitudes thérapeutiques diffèrent en fonction de l'étiologie. En urgence, des auteurs préconisent une corticothérapie (Prednisone) et une perfusion intraveineuse d'immunoglobulines<sup>[13]</sup>. Cependant, lorsque le nombre de plaquettes est inférieur à 30 G/L, chez l'adulte, le traitement en première intention est l'administration de corticoïdes par voie orale à la dose de 1mg/kg/jour pendant 2 à 3 semaines<sup>[2]</sup>. Par ailleurs, dans les cas de syndrome hémorragique sévère, dans les thrombopénies immunologiques, l'association d'immunoglobuline en intraveineuse (Ig IV) est nécessaire à raison de 0,8 à 1g/kg le premier jour pouvant être répété une fois dans les 3 jours en fonction de la sévérité du syndrome et de l'évolution<sup>[2]</sup>.

Dans la présente observation, en plus de l'utilisation d'acide tranexamique (Exacyl®) en IM et en solution pour bain de bouche (3 fois par jour), une transfusion de sang total avait été effectuée au service des urgences. Cela a permis la régression des symptômes buccaux avec une reprise de l'alimentation par le patient. L'acide tranexamique en bains de bouche et en injection IM a été utilisé, en urgence, pour prévenir la fibrinolyse pouvant résulter de l'activation exagérée du plasminogène avec comme conséquence, une reprise des saignements. L'administration de sang total a permis d'apporter des éléments manquant dont les plaquettes nécessaires pour l'hémostase favorisant ainsi l'arrêt des hémorragies buccales. En outre, la Ceftriaxone (C-Tri) a été utilisée dans le but de prévenir une infection secondaire, étant donnée l'hygiène bucco-dentaire du patient était de mauvaise qualité avec la présence de tartres et de plaques dentaires.

Il faut signaler que les transfusions de plaquettes ne sont indiquées que dans des cas exceptionnels, lorsque le pronostic vital est mis en jeu<sup>[2]</sup>. Chez l'enfant, en l'absence de syndrome hémorragique sévère avec un nombre de plaquette supérieur à 10 G/L, l'abstention s'impose.

Mais, en cas d'antécédent récent de traumatisme, de lésions susceptibles de saigner, ou si les conditions géographiques ou socioéconomiques d'accès aux soins sont précaires et qu'un syndrome hémorragique sévère est noté, alors il faut recourir soit à des corticoïdes (4mg/kg/jour pendant 4 jours ou 2 mg/kg/jour pendant une semaine), soit des Ig IV (0,8g/kg) à une reprise ou rarement deux reprises en fonction de la sévérité du syndrome hémorragique et de l'évolution [2]. Si le syndrome hémorragique menace la vie de l'enfant, alors il faut associer corticothérapie et Ig en IV [2].

Toutefois, une simple transfusion sanguine peut permettre la régression et la disparition des lésions buccales [5], comme c'est le cas dans la présente observation.

### CONCLUSION

La thrombopénie peut entraîner des syndromes hémorragiques pouvant mettre en jeu le pronostic vital des patients.

L'odontologiste doit être au premier plan dans le dépistage et le diagnostic précoce car les symptômes buccaux peuvent être inauguraux. Par ailleurs il doit jouer rôle primordial dans la prise en charge souvent interdisciplinaire impliquant l'hématologiste. Les examens Biologiques tels que numération formule sanguine et tests de l'hémostase permettent une orientation diagnostique.

### RÉFÉRENCES

1. MULLER C. Hémopathies. *Livret 2 d'activités technologiques* 2015 ; 130p.
2. HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Purpura thrombopénique immunologique de l'enfant et de l'adulte : Protocole national de diagnostic et de soins. *Guide - Affection De Longue Durée* 2009 ; 45p.
3. TERRIOU L, KHELLAF M, VIALARD JF, AUDIA S, MICHEL M, GODEAU B. Thrombopénie immunologique. *Feuillets de Biologie* 2014 ; V (321) : 15-21.
4. BOEHLEN F, SAMII K, EPINEY M. Prise en charge des thrombopénies au cours de la grossesse. *Rev Med Suisse* 2011 ; 7 : 340-344.
5. KHAMMISSA RAG, FOURIE J, MASILANA A, LAWRENCE S, LEMMER J, FELLER L. Oral manifestations of thrombocytopenia. *Saudi Dental Journal* 2018 ; 30 :19-25.
6. RAJENDRAN R, NOOH N. Diseases of the blood and blood forming organs. Shafer's Textbook of Oral Pathology. *Seventy Edit Elsevier New Delhi, India* 2012; 3066-3082.
7. ASTER R, BOUGIE D. Drug-induced immune thrombocytopenia. *N Engl J Med.* 2007 ; 357 : 580-587.
8. LAVIGNE-LISSALDE G, DORANGEON E, BRUN S. Les thrombopénies : un état des lieux 2005. *Spectra Biologie* 2006 ; 152 :26-33.
9. SUAREZ F, GHEZ D, DELARUE R, HERMINE O. Management of life threatening Immune cytopenia. *Réanimation* 2005 ; 14 : 587-593.
10. LIU X, HON Y, PENG J. Avances in immunopathogenesis of adult immune thrombocytopenia. *Front Med* 2013 ; 7 : 418-424.
11. CUKER A and CINES DB. ImmuneThrombocytopenia. *American Society of Hematology* 2010; 377-384.
12. PROVAN D, STASI R, NEWLAND AC, BLANCHETTE VS, BOLTON-MAGGS P. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood* 2010;115:168-186.
13. ALBISETTI C, BARANES M et MAMAN L. Anomalies de la muqueuse buccale révélant un purpura thrombopénique immunologique. *Med Bucc Chir Bucc* 2016; 22:151-157.
14. BOUTROUX H, TABONE MD, LEVERLONNE H, FAVIER R, LEVERGER G. Les thrombopénies constitutionnelles. *Réalités Pédiatriques* 2014 ; 183 : 31-35.
15. TARRAGANO H, BENSLAMA L, CASAMAJOR P. Endocrinologie : prise en charge des patients à risque. *J Soc Odonto Paris* 2010 ; 1 : 33-45.