



## Cas clinique

### Infarctus aigu du myocarde révélant une thrombocytémie réactive post-chirurgicale : un cas inhabituel

Acute myocardial infarction revealing a post-surgical reactive thrombocytopenia: an unusual case

I Yakusu\*<sup>1,2</sup>, E Afelokoky<sup>2,3</sup>, O Bassandja<sup>1</sup>, B Lembalemba<sup>3</sup>, E Asia<sup>2</sup>, B Abedi<sup>2</sup>, M Kapunzu<sup>2,4</sup>, K Tshilumba<sup>1</sup>

#### Résumé

La thrombocytose est une cause importante de thrombocytogenèse et peut être classée comme essentielle ou secondaire selon l'étiologie. La thrombocytose réactive, également connue sous le nom de thrombocytose secondaire, est le type le plus courant et survient après des processus inflammatoires, infectieux, néoplasiques et de stress aigus. Parmi les diverses causes d'augmentation du nombre de plaquettes, les interventions chirurgicales ont attiré beaucoup d'attention dans le domaine expérimental et clinique. L'apparition d'une thrombocytose après chirurgie doit être diagnostiquée afin d'établir le type de thrombocytose, car le traitement et le pronostic sont assez différents. Ce rapport de cas présente une découverte intéressante d'un patient de 11 ans sans facteur de risque cardiovasculaire connu admis avec un syndrome de douleur thoracique deux semaines après une chirurgie abdominale majeure et a montré une augmentation perpétuelle inattendue du nombre de plaquettes.

Mots-clés : Thrombocytose réactive, syndrome de douleur thoracique, chirurgie abdominale majeure, République Démocratique du Congo (RDC).

#### Abstract

Thrombocytosis is an important cause of thrombocytogenesis and can be classified as essential or secondary depending on the etiology. Reactive thrombocytosis, also known as secondary thrombocytosis, is the most common type and occurs after acute inflammatory, infectious, neoplastic and stressful processes. Among the various causes of increased platelet count, surgical procedures have attracted much attention in the experimental and clinical field. The appearance of thrombocytosis after surgery must be diagnosed in order to establish the type of thrombocytosis, because the treatment and the prognosis are quite different. This case report presents an interesting discovery of a 11-year-old patient without known cardiovascular risk factor admitted with a chest pain syndrome two weeks after major abdominal surgery and showed an unexpected perpetual increase in platelet count.

Keywords: Reactive thrombocytosis, chest pain syndrome, major abdominal surgery, Democratic Republic of Congo (DRC).

#### Introduction

La thrombocytose réactive est généralement connue comme une affection bénigne qui peut survenir

après une splénectomie et se résout généralement spontanément sans complications thrombotiques. Cependant, d'autres conséquences peuvent parfois survenir, notamment en cas de thrombose extrême du système artériel ou veineux [1].

Les plaquettes sont un composant du sang produit dans la moelle osseuse qui joue un rôle vital dans le processus de coagulation du sang. La numération plaquettaire normale chez les adultes et les enfants est de 125 000 / microL à 350 000 / microL, mais la plage normale peut varier d'un laboratoire clinique à l'autre. La définition de la thrombocytose varie d'un auteur à l'autre, mais est le plus souvent définie lorsque le nombre de plaquettes dépasse 350 000 / microL. Elle est aussi appelée thrombocytémie [2].

Parmi les différentes causes de l'augmentation du nombre de plaquettes, les interventions chirurgicales ont beaucoup retenu l'attention dans le domaine expérimental et clinique [3]. Bien que la thrombocytose secondaire soit bénigne, l'étiologie sous-jacente peut être associée à un risque accru d'effets indésirables [4].

Le but de ce rapport de cas est de présenter un patient qui a développé un infarctus du myocarde indiquant une thrombocytose réactive après une chirurgie abdominale pour une péritonite aiguë généralisée et son traitement. À notre connaissance, aucun cas similaire n'a été signalé auparavant, bien que de nombreux cas associés à d'autres conditions d'hypercoagulabilité aient été signalés.

### **Cas clinique**

Un patient de 11 ans a dû être opéré d'une péritonite aiguë généralisée consécutive à un plastron appendiculaire perforé. Les tests de laboratoire préopératoires ont rapporté des paramètres de coagulation et biochimiques normaux, des valeurs d'hémoglobine de 15,1 g%, une leucocytose à 12 000/mm<sup>3</sup> et une numération plaquettaire de 250 000/μl. Le patient a été opéré, un lavage péritonéal a été réalisé suivi d'une fermeture de la paroi abdominale. Il n'y a pas eu d'incidents indésirables pendant l'intervention,

le patient a été doucement sorti du bloc opératoire et transféré en unité de soins post-anesthésiques.

Un test sanguin analytique postopératoire de routine a été effectué, montrant une numération plaquettaire normale (260000/μl), une hémoglobine 13,6 g/dL et des leucocytes 5000/mm<sup>3</sup>, avec également des valeurs normales de tests de coagulation et de biochimie.

Deux semaines plus tard, après sa sortie d'hôpital, le patient revient cette fois avec une précordialgie constrictive d'irradiation brutale du membre supérieur gauche dans un contexte non fébrile. L'ECG percritique réalisé (Figure 1) montrait une lésion sous-épicaudique dans les territoires antéroapical, latéral haut et latéral bas.

La radiographie thoracique était normale ainsi que l'écho Doppler cardiaque. La troponine I a été élevée à 10 μg/l. La coronarographie n'a pas été réalisée car elle n'était pas disponible dans notre milieu.

L'hémogramme a montré une importante thrombocytose isolée à 800 000/μl. Les globules blancs étaient 9190/mm<sup>3</sup> avec 4328 neutrophiles/mm<sup>3</sup>. Le taux d'hémoglobine était normal (14.7g/dl) ainsi que les globules rouges (4.360.000/mm<sup>3</sup>). Les sérologies VIH, hépatite et syphilitique étaient négatives. Le nombre de réticulocytes était de 70 000/mm<sup>3</sup>. Le bilan inflammatoire (CRP et VS) était normal. Le test de thrombophilie (protéine C, protéine S, antithrombine) était négatif. Le bilan martial, l'électrophorèse des protéines sériques et la recherche d'anticorps antiphospholipides n'ont révélé aucune anomalie. La recherche des mutations du facteur V Leiden n'a pas été réalisée car non disponible dans notre milieu. Nous avons conclu à un infarctus du myocarde secondaire à une thrombocytose réactive post-chirurgicale. Nous avons prescrit des comprimés d'Aspirine de 100 mg et des comprimés de Dinitrate disosorbide de 5 mg. Nous avons proposé de surveiller la numération plaquettaire tout au long de la période postopératoire par des analyses en série avec la mise en place d'une prophylaxie thromboembolique. Des tests sanguins analytiques ont montré que le nombre de plaquettes était revenu à la normale dans les 20 jours.

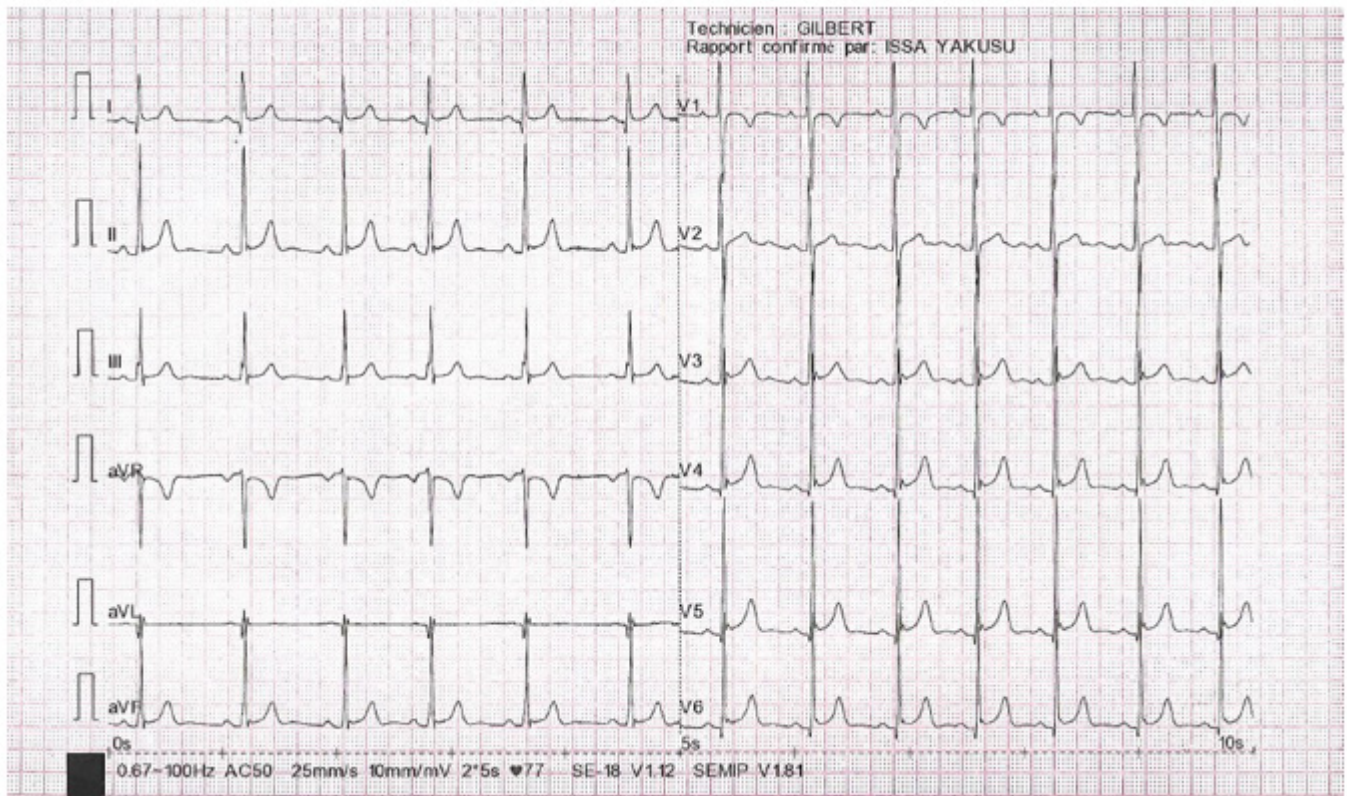


Figure 1 : ECG du patient

## Discussion

La thrombocytose est une découverte fortuite dans 35 à 50 % des cas et la détermination de la cause crée un défi diagnostique [5]. La thrombocytose réactive, également connue sous le nom de thrombocytose secondaire, est le type le plus courant et survient après des processus inflammatoires, infectieux, néoplasiques et de stress aigus. Dans ces scénarios, les taux de thrombopoïétine, d'interleukine-6 et de catécholamines sont très élevés et seraient responsables de l'augmentation du nombre de plaquettes. Les signes et symptômes de la maladie sous-jacente accompagnent généralement la thrombocytose réactive. Il faut toujours distinguer la thrombocytose clonale (également appelée thrombocytose primaire ou essentielle) et la thrombocytose réactive (ou secondaire), car leur traitement et leur pronostic sont différents [6].

La thrombocytose réactive est généralement considérée comme un processus autolimitatif qui se résout de lui-même avec la résolution du trouble sous-jacent dans la mesure du possible. La survenue d'une thrombocytose après chirurgie doit être diagnostiquée

pour établir le type de thrombocytose [7]. La chirurgie récente comme cause de thrombocytose est bien établie et est le plus souvent observée après une chirurgie abdominale majeure [7].

Une thrombocytose extrême peut rarement entraîner des événements thrombotiques tels qu'un infarctus aigu du myocarde, une thrombose veineuse mésentérique et une embolie pulmonaire [8]. Le patient présenté dans ce rapport a eu un infarctus du myocarde révélateur d'une thrombocytose réactive après chirurgie abdominale pour péritonite aiguë généralisée. Comme une enquête plus approfondie n'a révélé aucune autre raison possible de l'infarctus du myocarde, nous pensons que la thrombocytose réactive était la cause de la maladie car le nombre de plaquettes s'est avéré très élevé. À notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature des rapports antérieurs décrivant une thrombocytose réactive après chirurgie abdominale indiquant une péritonite aiguë généralisée comme cause d'infarctus du myocarde car retrouvée dans 75 à 82 % des cas après splénectomie [7].

L'aspirine semble être le médicament le plus approprié [4]. Il supprime la production de thromboxane A<sub>2</sub>, réduisant l'activation plaquettaire [4, 9, 10]. Nous

avons donné une thérapie à l'aspirine pour surveiller les niveaux de plaquettes.

D'un point de vue pronostique, l'infarctus du myocarde lié à cette pathologie n'est pas moins grave que dans la maladie athéromateuse [11]. La prévention du risque d'accident thrombotique ou embolique doit éliminer tous les facteurs de risque vasculaire, en l'occurrence le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, le surpoids et les dyslipidémies secondaires. Notre patient n'avait pas de risque vasculaire associé et il a bien évolué par la suite.

## Conclusion

La thrombocytose réactive est une cause rare d'infarctus du myocarde. La recherche d'une thrombocytose doit être entreprise dans les cas d'infarctus survenant dans un contexte particulier comme c'est le cas chez notre patient (sujet jeune avec antécédent de chirurgie abdominale majeure). Le traitement repose sur l'aspirine à faible dose et un dérivé nitré.

---

## \*Correspondance

Issa Yakusu

[issayakusu1@gmail.com](mailto:issayakusu1@gmail.com)

**Disponible en ligne** : 10 Janvier 2023

- 1 : Département de Médecine Interne, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Kisangani, République Démocratique du Congo.
- 2 : Polyclinique Saint Gaspard, Kisangani, République Démocratique du Congo.
- 3 : Département de Chirurgie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Kisangani, République Démocratique du Congo.
- 4 : Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Kisangani, République Démocratique du Congo.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] Ghaffari S, Pourafkari L. Infarctus aigu du myocarde chez un patient présentant une thrombocytose post-splénectomie : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Journal de cardiologie* . 2010;17(1):79–82.
- [2] Sałacki AJ, Wysokiński A. Thrombocytose réactive résultant de dons de sang fréquents comme cause extrêmement rare d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST chez un homme de 19 ans. *Ann Agric Environ Med*. 20 décembre 2018 ; 25 (4): 602-604.
- [3] Vannucchi AM, Barbui T. Thrombocytose et thrombose. *Programme d'éducation en hématologie Am Soc Hematol*. 2007 ; 1 : 363–70.
- [4] Chiarello P, Magnolia M, Rubino M, Liguori SA, Miniero R. Thrombocytose chez les enfants. *Pédiatre Minerva*. 2011 ; 507-513.
- [5] Harrison CN, Bareford D, Butt N, Campbell P, Conneally E, Drummond M, et al. Un guide pour l'investigation et la prise en charge des adultes et des enfants atteints de thrombocytose. *Br J Haematol*. 2010 ; 149 : 352-75.
- [6] Schäfer AI. Thrombocytose. *N Engl J Méd*. 2004 ; 350 : 1211-9.
- [7] Khan PN, Nair RJ, Olivares J, Tingle LE, Li Z. Thrombocytose post-plénectomie réactive. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. janv. 2009 ; 22 (1): 9-12.
- [8] Crary SE, Buchanan GR. Complications vasculaires après splénectomie pour troubles hématologiques. *Sang* . 2009;114(14):2861–2868.
- [9] Yadav D, Chandra J, Sharma S, Singh V. Etude clinico-hématologique de la thrombocytose. *Indian J Pediatr*. 2010 ; 77 : 643-647.
- [10] Wiwanitkit V. Thrombocytose extrême : quelles étiologies ? *Thrombose/hémostase clinique et appliquée. Clin Appl Thromb/Hemost*. 2006 ; 12 : 85-87.
- [11] Yaméogo NV, Kagambèga LJ, Yaméogo AA, Kologo KJ, Millogo GRC, Toguyéni BJY et al. Infarctus du myocarde révélateur d'une thrombocytémie essentielle chez un sujet

jeune noir africain: à propos d'une observation, Pan African  
Medical Journal. 2014; 18:347

**Pour citer cet article :**

I Yakusu, E Afelokoky, O Bassandja, B Lembalemba,  
E Asia, B Abedi et al. Infarctus aigu du myocarde  
révélant une thrombocytémie réactive post-  
chirurgicale : un cas inhabituel. Jaccr Africa 2023;  
7(1): 88-92