

# Thrombopénie immunologique associée au CMV

1<sup>er</sup> Auteur : Maia DESPRE, Interne, Médecine interne et immunologie clinique, CHU Angers, France

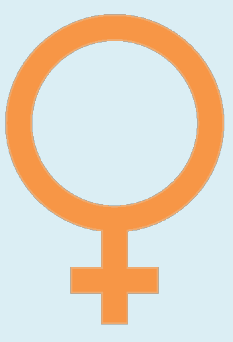
Autres auteurs :

- Carole LACOUT, Praticien Hospitalier, Médecine interne et immunologie clinique, CHU Angers, France
- Christian, LAVIGNE, Praticien Hospitalier, Médecine interne et immunologie clinique, CHU Angers, France
- Nicolas GIACHETTI, interne, Médecine interne et immunologie clinique, CHU Angers, France
- Camille RAVAIAU, Chef de clinique, Médecine interne et immunologie clinique, CHU Angers, France

## Introduction

La maladie à cytomégalovirus (CMV) est décrite principalement chez des patients immunodéprimés. Chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), une infection à CMV peut induire des poussées. L'association entre les infections à CMV et la thrombopénie immunologique (TI) est décrite dans la littérature ainsi qu'entre MICI et TI [1]. Cependant, l'association d'une TI au cours d'une colite à CMV dans un contexte de MICI n'a jamais, à notre connaissance, été rapportée. Nous rapportons le cas d'une patiente aux antécédents de MICI ayant présenté une TI résistante dans un contexte de maladie à CMV.

## Cas clinique



36 ans  
Rectocolite hémorragique, sans suivi, traitée par cures d'acide 5-aminosalicylique ponctuelles.



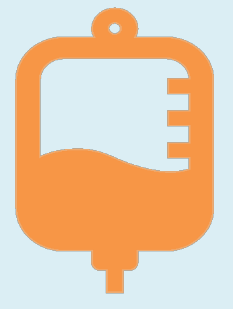
Hépto-splénomégalie,  
Score de Khellaf à 3 avec pétéchies des 4 membres.  
Troubles digestifs : diarrhées, douleurs abdominales



**2 semaines avant la consultation**: Pancolite objectivée sur un scanner TAP traitée par CIPROFLOXACINE. Survenue d'une **thrombopénie à 8 G/L et de pétéchies**.  
=> Une corticothérapie à 1 mg/kg avait été débutée en ambulatoire.



Sérologie CMV en faveur d'une primo-infection.  
PCR CMV positive à 4,9 log UI/mL compatible avec une maladie à CMV.



- **J0** : Indication à une recto-sigmoïdoscopie avec biopsies en suspicion d'une colite à CMV donc switch pour la **DEXAMETHASONE** devant l'absence d'efficacité de la **PREDNISONE**.
- **J1** : 6 perfusions d'Ig IV devant la majoration du syndrome hémorragique (KHELLAF 8) sans amélioration de la thrombopénie
- **J8** : Introduction du **GANCICLOVIR IV**. La PCR CMV était négative à J8 du traitement sans efficacité sur la thrombopénie. Un traitement par **PREDNISONE** à 1 mg/kg a été à nouveau introduit avec une réponse initiale jusqu'à 35 G/L puis rechute à 8 G/L.
- **J26** : TI cortico-résistante, seconde ligne par **ELTROMBOPAG 50mg/j** pendant 14 jours puis **75 mg/j** est introduit (J10 de négativation de la PCR CMV). Il n'y a pas eu d'effets indésirable sous ELTROMBOPAG.

## Evolution des plaquettes sous traitement

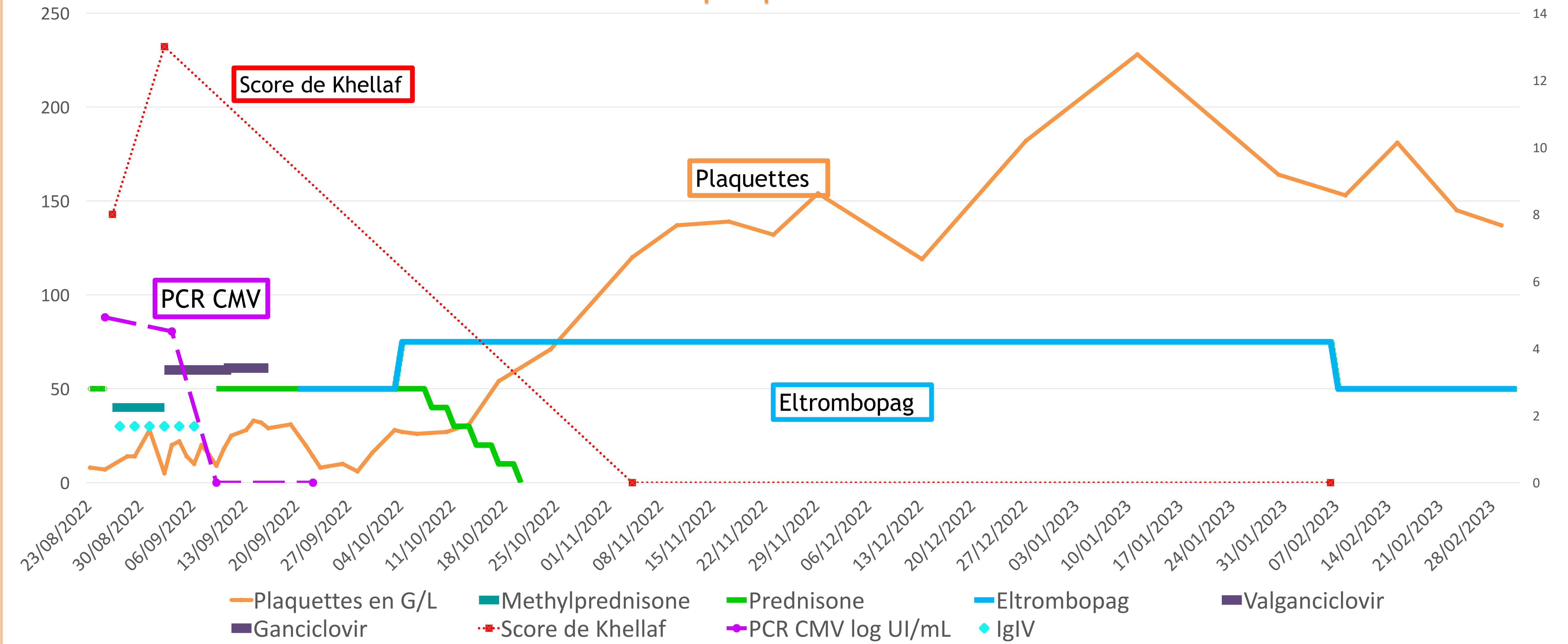


Figure 1. Evolution des plaquettes sous traitement.

## Discussion

Les TI satellites des MICI et des infections à CMV sont associées à une résistance aux traitements standards (IgIV, corticothérapie) [1]. Des rémissions complètes avec guérison sans rechute de la TI ont été décrites après traitement de la maladie sous-jacente (poussée inflammatoire intestinale, infection à CMV). Dans notre cas, le traitement du CMV n'a pas permis une évolution favorable de la TI. L'introduction des AR-TPO a permis l'obtention d'une rémission complète de la TI.

Actuellement, 2 cas rapportent l'efficacité des AR-TPO sur des TI associées au CMV :

- Le premier cas rapporte l'utilisation de l'ELTROMBOPAG à 3 mois d'une prise en charge de TI associée au CMV en échec de traitement malgré une PCR indétectable à 1 mois. Ceci a permis l'obtention d'une rémission complète en 11 semaines à la dose de 50 mg/j [2].
- Le second cas rapporte une rémission complète à 1 mois de traitement par ROMIPLOSTIN et VALGANCICLOVIR d'une TI satellite d'une infection à CMV avec résistance aux traitements standards à J10 de l'infection à CMV [3].

Dans notre cas, après 9 mois de traitement par Eltrombopag, notre patiente est en rémission complète avec des plaquettes à 120G/L sous 50/25mg 1 jour sur 2.

## Conclusion

L'utilisation des AR-TPO nous semble donc être une option thérapeutique efficace en traitement d'une TI associée au CMV et résistante aux traitements standards.

Bibliographie :

1. DiMaggio, D., Anderson, A. & Bussell, J. B. Cytomegalovirus can make immune thrombocytopenic purpura refractory. British Journal of Haematology 146, 104–112 (2009).
2. Simpson, J. D., Matthews, G. V., Brighton, T. A. & Joseph, J. E. Cytomegalovirus-associated thrombocytopenia treated with thrombopoietin receptor agonist: Brief Communications. Intern Med J 46, 1096–1099 (2016).
3. Flores-Chang, B. S., Arias-Morales, C. E., Wadskier, F. G., Gupta, S. & Stoicea, N. Immune Thrombocytopenic Purpura Secondary to Cytomegalovirus Infection: A Case Report. Front. Med. 2, (2015)