

# Prise en charge d'une méthémogloblinémie induite par dapsoné dans un contexte de purpura thrombocytopénique idiopathique en péri partum : cas clinique

**Auteurs :** R. PLUMACKER\*, G. LAMBERT\*, V. BONHOMME+, A. PLUMACKER++, T. SURINDER\*

**Hôpital/Institution :** \*University Department of Anesthesia and Intensive Care Medicine, CHR Citadelle, Boulevard du 12ème de Ligne 1, 4000 Liege, Belgium; +Department of Anesthesia and Intensive Care Medicine, Liege University Hospital, Avenue de l'Hôpital 1, 4000 Liège, Belgium ++Department of Emergency Medicine, St Pierre University Hospital, rue Haute 290, 1000 Brussels, Belgium

## Introduction

- Y penser devant toute cyanose et hypoxie sans signe d'appel cardio-pulmonaire.
- Adapter les seuils et le traitement à la grossesse.

## Description clinique

### Patiente:

- Agée de 31 ans
- Enceinte de 37 SA (G6P3)
- Atteinte d'un purpura thrombocytopénique idiopathique sévère justifiant l'instauration d'un traitement par dapsoné en ambulatoire durant le troisième trimestre.

### Clinique et diagnostic :

- Apparition brutale d'une cyanose centrale
- Relativement bien tolérée
- Gazométrie: méthémogloblinémie > 20%

### Traitement: cfr figure 1

### Evolution:

- Accouchement par voie basse sans complications et avec le confort d'une péridurale

## Conclusion

- Prise en charge multidisciplinaire spécialisée (obstétrique, anesthésique, néonatale, hématologique, équipe de transfusion)
- Evaluer la balance bénéfique/risque pour la mère et l'enfant
- Elaborer un plan de naissance avec les critères de gravité

**Contact** [roxane.plumacker@gmail.com](mailto:roxane.plumacker@gmail.com) +32 496/98.41.18

## Bibliographie

- <sup>1</sup>Jacob, G. et al. 2022. Méthémogloblinémie chez une femme de 28 ans traitée par dapsoné. *CMAJ* 194, 1062–1067.
- <sup>2</sup>Faust, A. C. et al. 2018. *Local Anesthetic-Induced Methemoglobinemia During Pregnancy: A Case Report and Evaluation of Treatment Options.* *J Emerg Med* 54, 681–684.
- <sup>3</sup>Iolascon, A. et al. 2021. Recommendations for diagnosis and treatment of methemoglobinemia. *Am J Hematol* 96, 1666–1678.

## Discussion

### Etiologies:

- Congénitales
- Acquisées: antibiotiques, anesthésiques locaux, métoclopramide, NO, Toxiques environnementaux  
La dapsoné induit une MetHb dans 4-13% des cas et compte pour 42% des MetHb acquises

### Symptomatologie: (liée à l'hypoxie)

- > 3% MetHb: = pathologique
- > 15%: cyanose
- > 30-40%: pâleur, céphalée, nausée, léthargie et tachycardie
- > 60%: dyspnée, épilepsie, arythmie, paralysie, stupeur.
- > 70%: décès
- Grossesse: prééclampsie
- Fœtus: ictère, souffle cardiaque, dyslalie et troubles de l'apprentissage

### Diagnostic:

- Gazométrie, saturation gap > 5%; sang couleur brun chocolat
- Analyses génétiques (déficit en G6PD)

**Traitement:** recommandé si MetHb >10% en cas de grossesse : arrêt de l'agent causal, oxygénothérapie et hydratation

- **Bleu de méthylène:** rapide (activité enzymatique, <1h), 1-2 mg/kg en 5 minutes  
- contre-indications : déficit en NADH, G6PD, SSRI et IMAO  
- effets secondaires fœtaux/néonataux: tératogénicité, atresie intestinale, hémolyse, méthémogloblinémie secondaire, hyperbilirubinémie néonatale, détresse respiratoire, desquamation et photosensibilisation, retard de croissance intra-utérin, prématurité et troubles cardiaques
- **Acide ascorbique:** long (activité antioxydante, >24h), de 1g 1x à 10g/6h, peut être combiné au bleu de méthylène  
- effet secondaire: hyperoxalurie
- **Transfusion érythrocytaire, exsanguino-transfusion, hémodialyse**
- **Riboflavine, oxygénothérapie hyperbare**
- A l'étude: **acétylcystéine, glutathion; cimétidine, kétoconazole, Intralipid©**

⇒ Vu la stabilité cardiopulmonaire et fœtale, la balance des risques d'un traitement par bleu de méthylène (accouchement prématuré avec PTI sévère) est supérieure au bénéfice. Il reste néanmoins un traitement de choix en cas de signes de gravité. Les besoins physiologiques majorés durant la grossesse justifient un traitement supportif par oxygénothérapie, transfusion d'un concentré érythrocytaire et curatif par arrêt du traitement causal, apport d'agents oxydoréducteurs ainsi qu'une poursuite de la grossesse jusqu'à amélioration de la thrombopénie.

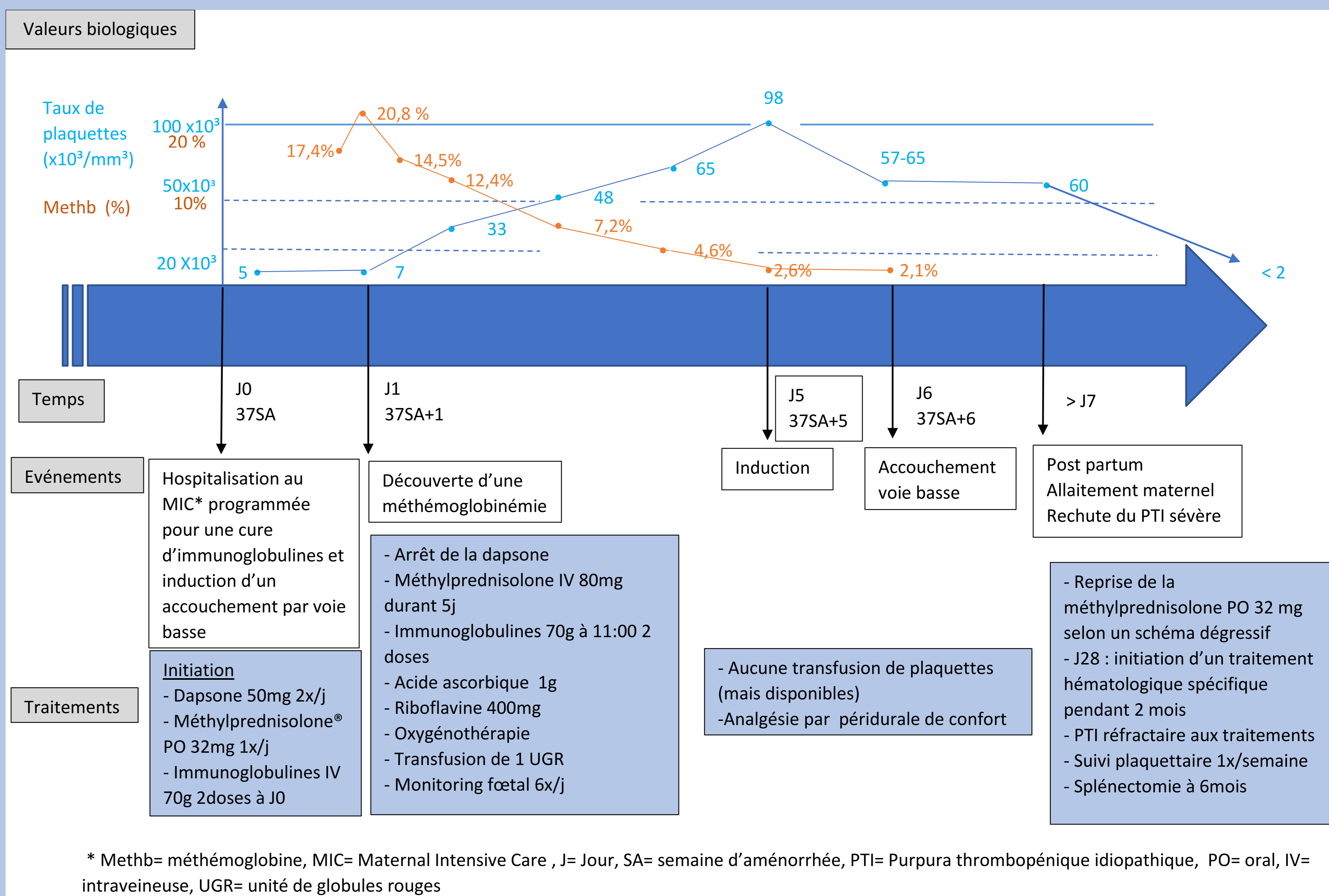


Figure 1 : Chronologie des événements concernant notre cas clinique