Ratio numération plaquettaire/Diamètre Splénique: Prédicteur non invasif

1er Auteur : Cyrine, Louati, Médecin interne, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

Autres auteurs, équipe:

- Ghada, Garbi,Medecin assistante hospitalo-universitaire, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie
- Asma, Ben Mohamed, assistante hospitalo-universitaire, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie
- Manel,Yakoubi, assistante hospitalo-universitaire, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie
- Amal, Khsiba, Professeur agrégée, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie
- Moufida, Mahmoudi, Professeur agrégée, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie
- Mouna, Medhioub, Professeur agrégée, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie
- Lamine, Hamzaoui, Professeur agrégée, Service de gastro-entérologie, Hôpital Taher Maamouri, Nabeul, Tunisie

Introduction

L'hémorragie digestive par rupture de varices œsophagiennes (VO) est une complication majeure de la cirrhose. Une prophylaxie primaire est indiquée en cas de VO à haut risque. Si l'endoscopie reste la méthode de référence pour leur dépistage, des outils non invasifs pourraient permettre de mieux cibler les patients nécessitant une exploration, réduisant ainsi les procédures inutiles et les coûts.

Objectifs

Évaluer la valeur diagnostique du ratio numération plaquettaire/diamètre splénique (PDR) pour prédire l'absence de VO à haut risque.

* Méthodes *

Étude rétrospective, descriptive et analytique incluant tous les patients hospitalisés pour cirrhose en 2024. Le diagnostic reposait sur des critères cliniques, biologiques, endoscopiques et d'imagerie. Le PDR a été calculé en divisant la numération plaquettaire par le diamètre bipolaire de la rate (mm). Tous les patients ont eu une endoscopie digestive haute ; les biopsies n'étaient réalisées qu'en présence de lésions macroscopiques. Les patients sous traitement gastro-agressif ou IPP avant l'endoscopie étaient exclus.

* Résultats *

Soixante et un patients ont été inclus (âge moyen 64 ans, 59 % de femmes).

Les principales étiologies de la cirrhose sont illustrés dans la figure 1.

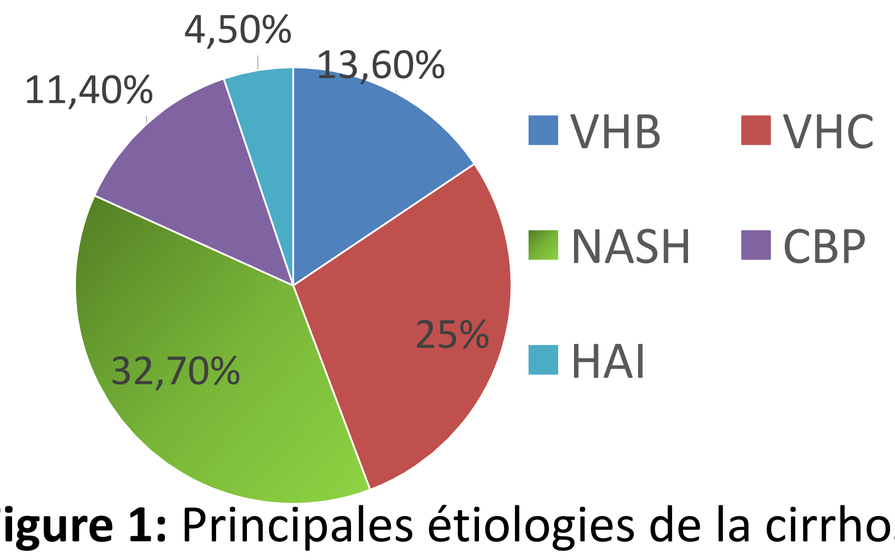

Figure 1: Principales étiologies de la cirrhose

Des VO ont été retrouvées chez 82 % des patients. La réparitions des patients en fonction du grade des VO est illustré dans la figure 2.

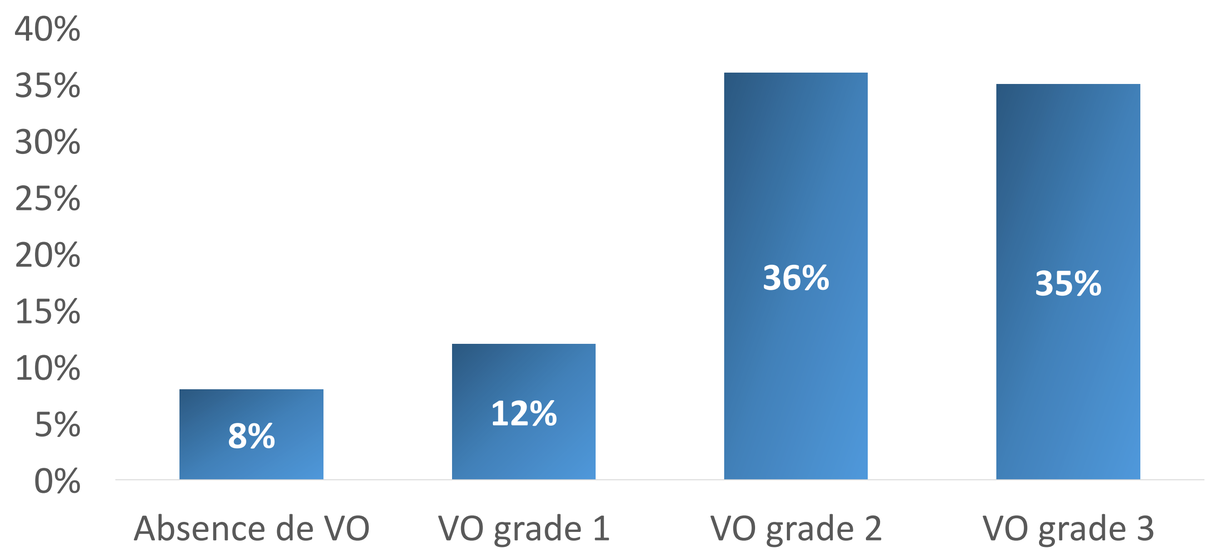

Figure 2: Répartition des patients en fonction des VO

La médiane du PDR était de 721,4. L'aire sous la courbe ROC du PDR pour prédire l'absence de VO à haut risque était de 0,815 (IC95 % : 0,695–0,935 ; p<0,001). Un seuil fixé à 901 permettait de prédire cette absence avec une sensibilité de 72,2 % et une spécificité de 81,4 %.

Conclusion : Le PDR apparaît comme un outil simple, non invasif et peu coûteux pour prédire l'absence de VO à haut risque chez les cirrhotiques. Un seuil à 901 pourrait aider à identifier les patients à faible risque et réduire le recours aux endoscopies systématiques.