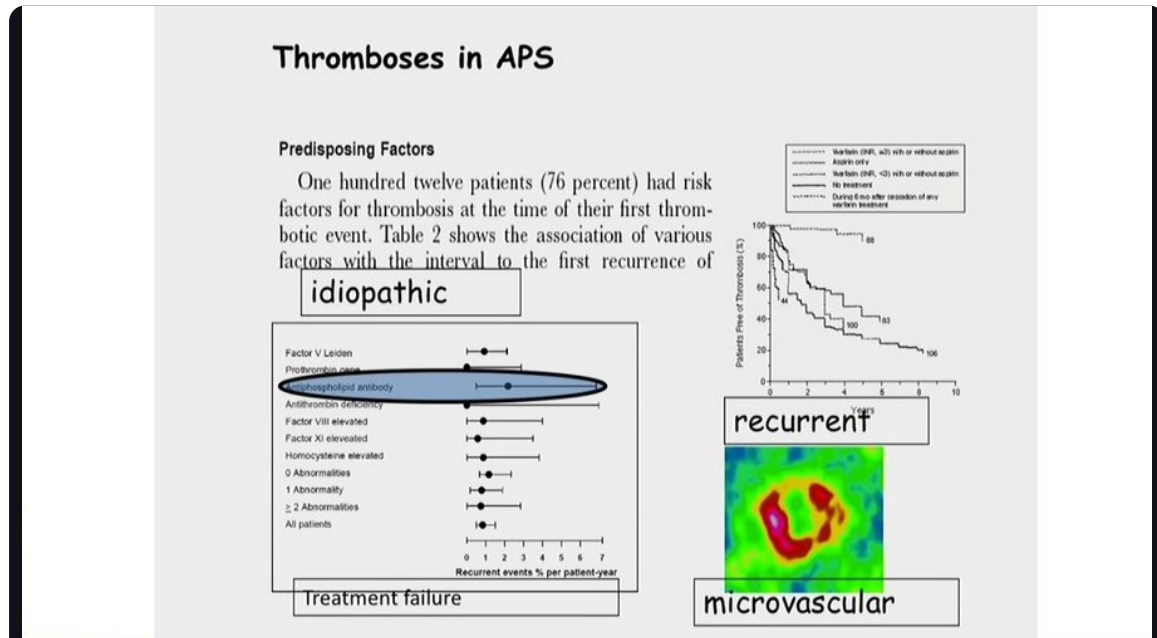


#001

SAPL — manifestations thrombotiques et facteurs de risque



Les anticorps antiphospholipides sont le facteur de risque de récurrence thrombotique le plus fortement associé, devant le déficit en antithrombine ; le traitement anticoagulant réduit nettement le risque de récurrence par rapport à l'absence de traitement.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Le SAPL associe des manifestations cliniques (thromboses veineuses et/ou artérielles, complications obstétricales) à la persistance d'anticorps antiphospholipides (anticoagulant circulant, anticorps anticardiolipine, anti- $\beta 2$ GP1) à au moins 12 semaines d'intervalle.
- L'AVC ischémique est la manifestation artérielle la plus fréquente du SAPL, en particulier chez le sujet jeune sans facteur de risque cardiovasculaire classique — le SAPL doit être systématiquement recherché dans ce contexte.
- La triple positivité (anticoagulant circulant + anticorps anticardiolipine + anti- $\beta 2$ GP1, tous positifs) est le profil biologique associé au risque thrombotique le plus élevé et au risque de récurrence le plus important malgré traitement.
- Traitement de la thrombose du SAPL : anticoagulation au long cours, le plus souvent par AVK (les anticoagulants oraux directs sont associés à un sur-risque de récurrence, en particulier dans le SAPL à triple positivité ou avec antécédent artériel) ; l'arrêt du traitement reste discuté et à haut risque.

#002

SAPL obstétrical et lupus néonatal



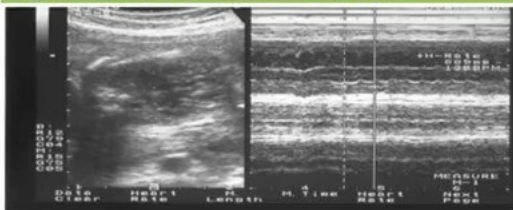
Lupus néonatal : éruption cutanée annulaire/polycyclique transitoire du nouveau-né, liée au passage transplacentaire d'anticorps anti-SSA/SSB maternels — à distinguer du bloc auriculo-ventriculaire congénital, complication définitive du même mécanisme.

« Lupus néonatal »

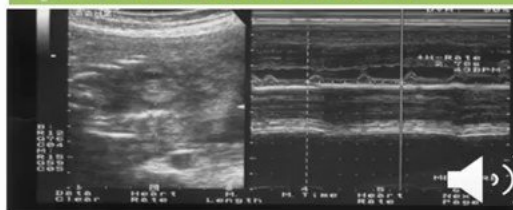
- **BAVc :**

- 0,6 à 2 %, sur cœur sain, définitif.
- Entre 16 et 24 SA, généralement complet

Rythme auriculaire: 135/min



Rythme ventriculaire: 43/min



Bloc auriculo-ventriculaire congénital : dissociation entre rythme auriculaire (135/min) et rythme ventriculaire (43/min) à l'échographie fœtale — complication cardiaque définitive du lupus néonatal.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

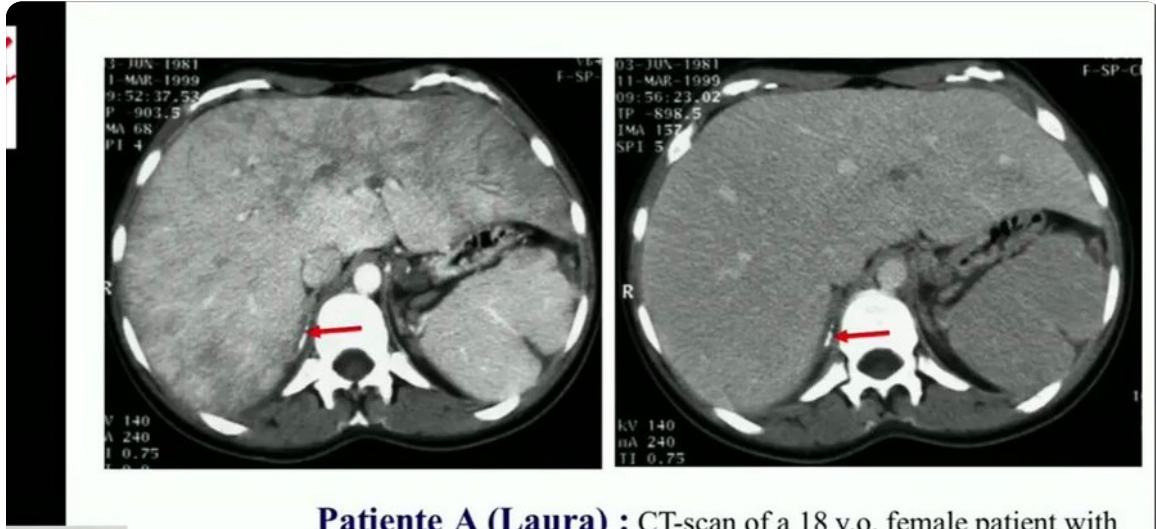
- Facteurs de risque indépendants d'échec de grossesse chez la femme APL positive : antécédent de lupus ou d'une autre maladie auto-immune (OR=6,0), antécédent de thrombose/accident obstétrical (OR=12,1), triple positivité des anticorps (OR=4,1).

- Prise en charge du SAPL obstétrical : aspirine à faible dose dès le désir de grossesse, héparine de bas poids moléculaire à dose préventive associée dès la confirmation de la grossesse, surveillance rapprochée (Doppler utérin, croissance fœtale).
- Lupus néonatal cutané : éruption annulaire ou polycyclique, souvent au niveau du cuir chevelu et du visage, transitoire (disparition en quelques mois avec la clairance des anticorps maternels), liée aux anticorps anti-SSA/Ro et anti-SSB/La transmis passivement.
- Bloc auriculo-ventriculaire congénital (BAVc) : complication cardiaque définitive et la plus grave du lupus néonatal (0,6 à 2% des grossesses à risque), survenant entre 16 et 24 SA, généralement complet et irréversible — dépistage par échographie fœtale répétée chez les patientes anti-SSA+.

La surveillance échographique du rythme cardiaque fœtal doit être hebdomadaire entre 16 et 24 SA chez toute patiente anti-SSA/SSB positive : le BAVc, une fois complet, est définitif et ne régresse pas, d'où l'importance du dépistage précoce.

#003

Syndrome catastrophique des antiphospholipides (CAPS)



Patiente A (Laura) : CT-scan of a 18 y.o. female patient with

CAPS : scanner abdominal chez une patiente de 18 ans montrant une altération de la perfusion hépatique par thrombose des petits vaisseaux, avec calcification de la surrénale droite séquellaire d'un infarctus surrénalien antérieur.

Capture de cours ECN (usage pédagogique)

- Forme la plus sévère et la plus rare du SAPL : thromboses multiples touchant au moins 3 organes différents, survenant simultanément ou en moins d'une semaine, confirmées histologiquement (occlusion de petits vaisseaux), en présence d'anticorps antiphospholipides.
- Atteinte rénale fréquente (73% des patients) : insuffisance rénale, protéinurie/hématurie, HTA ; d'autres atteintes viscérales sont possibles selon l'organe touché (hépatique, surrénalien, cérébral, cardiaque, pulmonaire, cutané).
- Facteurs déclenchants classiques à rechercher systématiquement : infection, chirurgie récente, arrêt ou sous-dosage des anticoagulants, néoplasie, complication obstétricale.
- Traitement combiné en urgence : anticoagulation efficace (héparine), corticothérapie à forte dose, échanges plasmatiques et/ou immunoglobulines IV en 1ère intention ; rituximab ou eculizumab discutés dans les formes réfractaires.

Le CAPS reste grevé d'une mortalité élevée malgré le traitement (environ 30-50% selon les séries) : le diagnostic précoce et la recherche systématique d'un facteur déclenchant à traiter sont essentiels au pronostic.