

FIGURE 4 : *Ulcère veineux post-traumatique chez une femme enceinte.*

La compression médicale en prévention de la TVP en cas de grossesse

Thrombose veineuse : survenue, diagnostic et gravité

- Une thrombose veineuse peut survenir dans le cadre d'une affection médicale, dans les suites d'une intervention chirurgicale, lors d'une grossesse, dans les cas d'immobilisation prolongée, et lors d'un voyage aérien de plus de 7 heures.
- **La thrombose veineuse profonde (TVP) proximale est une affection grave**, susceptible de s'étendre, de se compliquer d'embolie pulmonaire et/ou de syndrome post-thrombotique, et de récidiver. Son diagnostic repose sur l'examen clinique et sur l'exploration écho-Doppler.
- La TVP distale (pour le membre inférieur, jusqu'à la veine poplitée) et la thrombose veineuse superficielle (TVS) peuvent se compliquer, mais leur gravité à long terme est discutée.

Prévention : anticoagulants, compression et mobilisation

Le traitement préventif des thromboses veineuses fait appel aux médicaments **anticoagulants**, à la **compression médicale** et à la **mobilisation** précoce des patients.

Compression et prévention de la thrombose veineuse dans la grossesse et le post-partum

Une compression par bas est indiquée, en dehors des contre-indications, **lors de toute grossesse et dans les semaines après l'accouchement**. L'objectif de cette compression est de **prévenir une thrombose veineuse profonde**.

Situation clinique	Dispositifs	Modalités
Grossesse ou post-partum		Port recommandé durant toute la grossesse et 6 semaines après l'accouchement (6 mois en cas de césarienne)
1. Cas général	Bas (chaussettes bas-cuisse, collants) de 15 à 20 mmHg	
2. En cas d'affection veineuse chronique associée	Bas (chaussettes, bas-cuisse, collants) – de 20 à 36 mmHg ou – > 36 mmHg selon la gravité de l'affection veineuse	

- Il n'y a pas de **différence d'efficacité** démontrée entre les différents types de bas. La culotte des collants, qu'ils soient dits « de maternité » ou non, n'a aucune efficacité compressive.
- **Les bandages ne sont pas indiqués** chez la femme enceinte ou dans le post-partum, sauf en cas d'affection veineuse chronique associée.

La compression médicale dans le traitement de la MTEV en cas de grossesse

Devant un syndrome post-thrombotique, une compression médicale est indiquée.

La compression est utile **en complément du traitement anticoagulant**.

Le traitement doit commencer **le plus tôt possible et le bas-cuisse de 20 à 36 mmHg est recommandé**.

TABEAU 1 : Copie d'une partie du document distribué par l'HAS en décembre 2010.

Matériel

Les bas cuisses auto-fixes seront le plus souvent prescrits du fait de leur meilleure acceptabilité durant la grossesse (ils sont plus facilement mis en place).

Peuvent aussi être prescrits, selon le souhait de la patiente, le **collant** de maternité (à ceinture extensible) ou les **chaussettes** (mi-bas), plus agréables et moins contraignantes.

Force de compression

Élément essentiel à respecter et à faire utiliser !

En général, il est respecté car ces jeunes femmes sont soucieuses de l'esthétique (l'évolutivité a toutes les chances d'être arrêtée) et comme elles sont jeunes, les BMC seront faciles à mettre en place !

On ne répètera pas assez : « Pour convaincre, il faut être convaincant, donc convaincu » (règle des 3C).

Situation clinique pendant la grossesse	Pression du bas médical compressif la plus adaptée	Modalités
1. Symptômes veineux isolés, sans VV, ni O, ni TT	BMC : chaussettes ou bas-cuisse de 8-10 mmHg ou 10-15 mmHg	Port recommandé durant toute la grossesse et 6 semaines après l'accouchement
2. Petites VV ou un œdème de fin de journée , associés ou non à des symptômes veineux	BMC : chaussettes ou bas-cuisse de 15-20 mmHg	Idem en cas de césarienne
3. VV de taille moyenne ou œdème de début de journée , ou TT associé ou non à des symptômes veineux	BMC : chaussettes ou bas-cuisse de 20-30 mmHg ou de la superposition de 2 de 10-15 (bas + mi-bas)	
4. VV de grosse taille ou œdème persistant malgré le repos nocturne , ou résistance aux BMC 20-30 mmHg précédents	BMC ou chaussettes bas-cuisse de 30-40 mmHg ou de la superposition de 2 de 15-20 (bas + mi-bas)	
NB : L'utilisation de la superposition des BMC (bas mi-bas) pendant la grossesse, est un bon système pour résoudre les problèmes de pose. Y penser ! Car porter un 40 mmHg pendant quelques mois, même s'il faut poursuivre en post-partum, n'est que bénéfique sur le plan esthétique !		
TABLEAU 2 : Choix de la force de compression en fonction de l'état clinique, chez une femme enceinte.		

Le choix de cette force sera adapté à l'importance de la varicose, à l'existence d'éventuelles complications et à la tolérance du matériel. Dans les propositions suivantes, qui reflètent les pratiques un bon nombre d'experts, nous avons choisi comme unité de pression le mmHg, beaucoup plus évocateur pour tout médecin ou chirurgien que les tailles (qui sont variables d'une marque à l'autre) [27, 28] (**Tableau 2**).

1. Devant une **symptomatologie**, sans VV, ni O, ni TT, des BMC ou collants de « soutien » de 7 à 10 deniers (non pris en charge par la Sécurité sociale, mais équivalents à la partie non remboursée des BMC pris en charge) seront suffisants. Un BMC de **10-15 mmHg** de pression à la cheville peut être également prescrit (classe I française). L'HAS préconise ce dosage.
2. Devant de petites VV (diamètre clinique inférieur à 5 mm, taille d'une aiguille à tricoter de 5 mm), ou un œdème de fin de journée, associée ou non à une symptomatologie, un BMC de **15-20 mmHg** de pression sera prescrit (classe II française). L'HAS préconise le même dosage.
3. Devant des VV de taille moyenne (diamètre entre 5 et 8 mm, taille d'une aiguille à tricoter de 8 mm ou d'un crayon à papier classique), un BMC de **20-30 mmHg** de pression à la cheville sera prescrit (classe III faible française). Il en est de même en cas d'œdème apparaissant dès le début de journée ou de la survenue d'ecéma proche de ces VV.

S'il existe des troubles veineux dont l'étiologie correspond à reflux dans le réseau profond, souffrance tissulaire ou de TT par exemple, il faut savoir qu'une pression de 25 mmHg à la cheville permet de comprimer suffisamment ce réseau pour qu'il s'aplatisse [30].

4. En cas de résistance aux CM précédentes, surtout en cas de **VV d'un diamètre supérieur à 8 mm, ou d'œdème veineux persistant** malgré le repos nocturne, il est nécessaire d'utiliser une CM plus forte : par exemple, BMC de **30-40 mmHg** (classe III forte française), voire plus (classe IV). L'application du principe de superposition de 2, voire 3 BMC, l'un par dessus l'autre, devient ici une excellente indication. Un BMC cuisse 15-20, plus une chaussette 15-20, permet d'atteindre les pressions désirées et de façon aisée. Note : Un BMC d'une pression de 40-45 mmHg fait diminuer seulement de moitié le diamètre des VV. Il faut une compression de 90 mmHg minimum pour que le reflux disparaisse [31, 32] !

La compression par bas élastiques **superposés** peut s'avérer particulièrement utile au cours de la grossesse. Lors de leur superposition, les pressions s'additionnent [33].

Il est donc possible d'**augmenter la force de compression** en superposant un second BMC, en cas par exemple d'augmentation de la symptomatologie ou d'aggravation de la pathologie (si cela est insuffisant un troisième bas peut être superposé).

Cette technique permet également de diminuer les **efforts de pose**. Si des pressions élevées sont nécessaires, deux BMC de faible pression peuvent remplacer un fort (2 BMC de 20 mmHg, faciles à poser, remplacent un de 40 !) [33].

Corollaires : la force de la CM est modulable. Forte en début de journée, plus faible en fin ou inversement, le BMC du dessus étant enlevé ou posé !

Le traitement compressif est toujours très bien accepté au cours de la grossesse. Les femmes en ressentent nettement et très rapidement l'efficacité, de plus elles en apprécient l'effet de dissimulation des lésions inesthétiques [34, 35].

Veinotoniques

La prescription de veinotoniques peut se révéler utile pour réduire la symptomatologie, si elle existe. On préférera alors les produits les plus anciens qui ont fait la preuve de leur bonne tolérance (les Diosmine, par exemple).

Les produits contenant de la dihydroergotamine sont à éviter compte tenu du risque théorique, à forte dose, d'action sur l'utérus. En cas d'allaitement, on évitera l'emploi des solutions buvables contenant de l'alcool [13].

Traitement des VV vulvaires

Le traitement ne s'envisagera qu'en cas de gêne.

- Dans ces cas (lourdeur, pesanteur, brûlure), on prescrira des applications de gel ou un glaçage des lésions par des coussins thermiques réutilisables (dispositif ColdHot 3M® par exemple).
- Un renforcement du maintien de la région vulvaire peut s'effectuer par la mise en place de serviettes périodiques.
- Une ceinture de soutien abdominale de grossesse peut renforcer l'effet compressif local.

La sclérothérapie peut-elle être utilisée ?

Il semble qu'aucune relation causale entre son utilisation et un effet indésirable chez la mère et le fœtus n'ait été établie. Toutefois, nous ne disposons pas de données cliniques solidement établies concernant l'utilisation des sclérosants veineux au cours de la grossesse et de l'allaitement.

Compte tenu de ces données, la sclérothérapie ne nous paraît pas indiquée au cours de la grossesse [13].

Les deux points fondamentaux du traitement sont la compression diurne et la surélévation nocturne des membres inférieurs.

Quatre points à retenir :

- Toujours prendre en considération les plaintes d'une femme en début de grossesse : une bonne prévention a toutes les chances de ralentir, voire de stopper l'évolution de la MVS !
- La présence de veines variqueuses, même de petit diamètre, au début d'une grossesse, doit faire mettre en route les deux points fondamentaux du traitement.
- Sauf exception, pas de sclérothérapie pendant la grossesse !
- Ne laissons pas une femme enceinte accepter l'idée de ne rien faire pour ses jambes : ce serait déraisonnable car le couple « compression-surélévation » est une thérapeutique simple et particulièrement efficace !

Conclusion

La grossesse joue un rôle important dans la survenue et le développement de la maladie veineuse superficielle.

Ces problèmes préoccupent rapidement la femme enceinte qui va s'inquiéter et s'enquérir des risques.

L'approche rationnelle du traitement des VV et des autres troubles nerveux, au cours de la grossesse, doit tenir compte de plusieurs points :

- Les VV apparaissent et évoluent rapidement, pour disparaître complètement au moins à la première grossesse.
- Leur développement est polymorphe, parfois important et impressionnant.
- Les complications sont peu fréquentes et ne représentent le plus souvent une menace ni pour la mère, ni pour le fœtus.

La pierre angulaire du traitement au cours de la grossesse est constituée des conseils de prévention et de la prescription des bas de compression. En général, ils sont bien respectés simplement par la prise de conscience que la grossesse est un état transitoire.

Références

1. Eklöf B., Rutherford R.B., Bergan J.J., Carpentier P.H., et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. J. Vasc. Surg. 2004 ; 40 : 1248-52.
2. Perrin M. La classification CEAP. Analyse critique en 2010. Phlébologie 2010 ; 4 : 56-8.
3. Uhl J.F., Gillot C. Embryology and three-dimensional anatomy of the superficial venous system of the lower limbs. Phlebology 2007 ; 22 : 194-206.
4. Bradbury A., Evans C.J., Allan P.A., Lee A.J., Ruckley C.V., Fowkes F.G.R. The relationship between lower limb symptoms and superficial and deep venous reflux on duplex sonography: The Edinburgh Vein Study. J. Vasc. Surg. 2000 ; 32 : 921-31.
5. Uhl J.F., Cornu-Thenard A., Antignani P.L., Le Floch E. Importance du motif de consultation en phlébologie : attention à l'arbre qui cache la forêt ! Phlébologie 2006 ; 59 : 47-51.
6. Marpeau L. Adaptation de l'organisme maternel à la grossesse. Traité d'obstétrique. Elsevier Masson. 2010 : 24-8.
7. Castaing N. Physiopathologie veineuse : particularités au cours de la grossesse. Angéiologie, vol. 63, reproduction humaine et hormones, Numéro spécial 2011.
8. Summer D.S. Venous dynamics-varicosities. Clin. Obstet. Gynecol. 1981 ; 24 : 743-60.

9. Calderwood C.J. Gestational related changes in the deep venous system of the lower limb on the lower limb on light reflexion rheography in pregnancy and the puerperium. *Clinical Radiology* 2007 ; 62 : 1174-9.
10. Pemble L. Reversibility of pregnancy-induced changes in the superficial veins of the lower extremities. *Phlebology* 2007 ; 22 : 60-4.
11. Sparey C., Haddad N., et al. The effect of pregnancy on the lower-limb venous system of women with varicose veins. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999 ; 18 : 294-9.
12. Cordts P.R. Anatomic and physiologic changes in lower extremity venous hemodynamics associated with pregnancy. *J. Vasc. Surg.* 1996 ; 5 : 763-7.
13. Ramelet A.A., Perrin M., Kern P., Bounameaux H. In: *Phlebology*, 5th Edition. Elsevier 2008 ; 106-17 : 263-320 : 490-538.
14. Cornu-Thenard A., Boivin P., Baud J.M., De Vincenzi I., Carpentier P.H. Importance of the familial factor in varicose disease. *Clinical Study of 134 families. J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1994 ; 20 : 318-28 (version française dans *Phlébologie* 1995 ; 2 : 213-20).
15. Prior A.M., Evans J.G., Morrison B.J., Rose B.S. The carterton study: six patterns of vascular, respiratory, rheumatic and related abnormalities in a sample of New-Zealand European adults. *Nz. Med. J.* 1970 ; 72 : 169-77.
16. Ponnappula P., Boberg J.S. Lower extremity changes experienced during pregnancy. *J. Foot Ankle Surg.* 2010 ; 49 : 452-8.
17. Cazaubon M. Épidémiologie du risque veineux thrombo-embolique pendant la grossesse. *Angéiologie*, vol. 63, Reproduction humaine et hormones, N° spécial, 2011.
18. Elalamay I. Gestion du risque veineux thrombo-embolique pendant la grossesse. *Angéiologie*, vol. 63, Reproduction humaine et hormones, Numéro spécial, 2011.
19. Bates S.M., et al. Venous thromboembolism, thrombophilia, anti-thrombotic therapy and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-based Clinical practice Guidelines. *Chest* 2008 ; 133 : 844S-86S.
20. Guyatt G.H., et al. Executive Summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th Ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012 ; 141 : 7S-47S.
21. Skudder P.A., Farrington D.T., Weld E., Putman C. Venous dysfunction of late pregnancy persists after delivery. *J. Cardiovasc. Surg.* 1990 ; 31 : 748-52.
22. Coleridge-Smith P., Labropoulos N., Partsch H., et al. Examen écho-Doppler des veines des membres inférieurs dans la maladie veineuse chronique. Texte de consensus de l'Union Internationale de Phlébologie. *Phlébologie* 2007 ; 60 : 271-9.
23. Boivin P., Cornu-Thenard A., Charpak Y. Pregnancy-induced changes in lower extremity superficial veins: An ultrasound scans study. *J. Vasc. Surg.* 2000 ; 32 : 570-4.
24. Lemasle P., Uhl J.F., Lefebvre-Vilardebo M., Tamisier D., et al. Confrontation écho-chirurgicale de la terminaison de la petite saphène. Résultats préliminaires. *Phlébologie* 1995 ; 3 : 321-7.
25. Boivin P. Varices et grossesse : intérêt de la contention élastique. *Revue du Gynécologue* 1994 ; 7 : 413-6.
26. Cornu-Thenard A. Prévention de la maladie variqueuse chez la femme enceinte. *Angéiologie* 2000 ; 2 : 82.
27. Partsch H., Flour M., Coleridge Smith P., et al. Indications for Compression Therapy in Venous and Lymphatic Disease – A ICC Consensus. *Int. Angiol.* 2008 ; 27 : 193-219.
28. Bénigni J.P., Gobin J.P., et al. Utilisation quotidienne des bas médicaux de compression. Recommandations cliniques de la Société Française de Phlébologie. *Phlébologie* 2009 ; 62 (3) : 95-102.
29. HAS et groupe de réflexion. 2011, voir le site.
30. Uhl J.F., Partsch H. Influence of a MCS on the deep and superficial venous systems. 2011. ICC Communication in Brussels.
31. Partsch H., Partsch B., et al. Interface pressure and stiffness of ready-made compression stockings. *J. Vasc. Surg.* 2006 ; 44 : 809-14.
32. Cornu-Thenard A., Benigni J.P., Uhl J.F. Hemodynamic effects of Medical Compression Stockings in Varicose Veins: Clinical Report. 2009 ICC Communication (in press).
33. Cornu-Thenard A., Boivin P., Carpentier P.H., Courtet F., Ngo P. Superimposed Elastic Stockings: Pressure Measurements. *Dermatol. Surg.* 2007 ; 33 : 269-75.
34. Buchtemann A.S., Steins A., Volkert B., et al. The effect of compression therapy on venous haemodynamics in pregnant women. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1999 ; 106 : 563-9.
35. Thaler E., Huch R., et al. Compression stockings prophylaxis of emergent varicose veins in pregnancy: A prospective randomized controlled study. *Swiss Med. Wkly* 2001 ; 131 : 659-62.