

Dépister les facteurs de risque de maladie veineuse thrombo-embolique chez la femme enceinte.

Detect risk factors for venous disease thromboembolism in pregnant women.

CR de Infogyn – Tarbes, 29 septembre - 1^{er} octobre 2011

Chleir F.

On assiste pendant la grossesse à une augmentation du risque de maladie veineuse thromboembolique (MVTE).

La survenue d'une thrombose veineuse est plus fréquente (75 %) avant l'accouchement, l'embolie pulmonaire après celui-ci dans la période du post-partum (60 %).

■ **Pour le D^r Boyer-Neumann**, on va assister, dès le début de la grossesse, à un déséquilibre progressif entre les facteurs pro- et anticoagulants, qui aura pour objet de diminuer la fluidité du sang, afin d'éviter notamment les hémorragies du post-partum. C'est ainsi que les facteurs VII, fibrinogène, F VIII et facteur de Willebrand augmentent mais que la protéine S et l'antithrombine diminuent.

Les accidents veineux thromboemboliques sont une cause majeure de mortalité chez la femme enceinte avec de 0,8 à 1,9 décès/100 000 grossesses (Arya et al., Haem BL, 2011).

Le risque de thrombo-embolie (TE) existe donc dès le premier trimestre et augmente avec le terme, il est multiplié par 5 au cours du post-partum.

- Ces thromboses ont, pendant la grossesse, une localisation préférentielle : au niveau du membre inférieur gauche (70 à 90 %) par compression de la veine iliaque entre l'artère et l'utérus gravide. Les thromboses pelviennes représentent 10 % des TVP.
- Les thromboses des membres supérieurs se retrouvent plus souvent lors de la procréation médicalement assistée (PMA) en cas d'hyperstimulation ovarienne.
- Les thromboses veineuses cérébrales sont rares survenant plutôt au troisième trimestre et pendant le post-partum.

■ **Pour le P^r Carbonne**, il faut savoir détecter ce risque thrombotique en repérant les sujets dont le risque est préexistant : antécédents thrombo-emboliques personnels, thrombophilie, caractéristiques physiques de la patiente.

- La thrombophilie peut être héréditaire (déficits en antithrombine, protéine C ou protéine S, mutation FV Leiden et FII) ou acquise (syndrome des anti-phospholipides).
- L'obésité, le tabac, l'âge supérieur à 35 ans, la race noire, l'existence d'une drépanocytose sont des facteurs additionnels.
- L'association IMC élevé et immobilisation a un effet péjoratif tant pendant la grossesse que pendant le post-partum (Jacobsen et al., JTH, 2008).

QUAND DEMANDER UN BILAN DE THROMBOPHILIE?

■ **Pour le D^r Boyer-Neumann**, toute patiente ayant un antécédent thrombo-embolique personnel ou deux antécédents familiaux du 1^{er} et 2^e degré devrait en bénéficier. **La décision de traitement préventif sera alors multidisciplinaire.** Il faut savoir utiliser les scores de risque qui devront être à réévaluer pendant la grossesse et le post-partum. Grâce à eux, une thérapie efficace sera mise en place.

■ **Pour le P^r Carbonne**, selon la classe de risque, l'équipe soignante pourra soit s'abstenir et surveiller la patiente, soit utiliser des HBPM à dose préventive, voire curative en cas de risque majeur, toujours en association avec une compression veineuse (bas ou collants de contention).

Les AVK sont contre-indiqués dès la 6^e semaine de grossesse. Seule la coumadine est autorisée pendant le post-partum.

Classe de Risque	Grossesse	Post-partum
Faible	Pas de traitement	Pas de traitement
Modéré	Compression	Compression+ HBPM préventif
Élevé	Compression+ HBPM préventif	Compression+ HBPM préventif
Majeur	Compression+ HBPM curatif	Compression+ AVK