Aucun article ou résumé dans cette revue ne peut être reproduit sous forme d'imprimé, photocopie, microfilm ou par tout autre procédé sans l'autorisation expresse des auteurs et de l'éditeur. Editions Phlébologiques Françaises
No article or abstract in this journal may be reproduced in the form of print, photocopy, microfilm or any other means without the express permission of authors and the editor. Editions Phlébologiques Françaises



# 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 - 1er 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 Dr 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 Pr 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 Dr Boyer-Neumann**, toute patiente ayant un antécédent thrombo-embolique personnel ou deux antécédents familiaux du 1er et 2e 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 Pr 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 6e 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 |