



PROTOCOLE THROMBOPROPHYLAXIE



**Services de Gynécologie-Obstétrique,
d'Anesthésie-Réanimation et Unités de
Thrombose-Hémostase**



Introduction

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est l'une des principales causes de morbidité et mortalité maternelles avec une incidence globale de 1 à 2 cas pour 1000 grossesses.

Les antécédents personnels ou familiaux de MTEV, la présence de facteurs de risque cliniques ou biologiques augmentent le risque de survenue de la MTEV. Lors d'une grossesse, la définition de ce risque est importante afin d'adopter le meilleur schéma de prévention.

L'objectif de ce guide est de fournir des conseils, fondés sur des preuves cliniques lorsqu'elles sont disponibles, concernant la prévention de la MTEV pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement.

PROTOCOLE ANTENATAL

HAUT RISQUE

- Antécédent personnel de TVP (hormis un épisode provoqué isolé*)
- HBPM prophylactique + Avis expert thrombose hémostasie

*faisant suite à une chirurgie majeure de plus de 30 minutes, une fracture du membre inférieur, le port de plâtre

RISQUE INTERMÉDIAIRE

- Hospitalisation pour pathologie aiguë (infarctus du myocarde, décompensation cardiaque, infection aiguë sévère)
- Antécédent isolé de TVP provoqué
- Thrombophilie majeure sans antécédent de TVP
- Comorbidités : cancer, décompensation cardiaque, LED actif, MICI, polyarthrite inflammatoire, syndrome néphrotique, diabète de type I avec néphropathie, drépanocytose, toxicomanie (voie intraveineuse)
- Toute procédure chirurgicale
- Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (pendant le premier trimestre)
- HBPM prophylactique suggérée

FAIBLE RISQUE

- Obésité (BMI >30kg/m²) avant la grossesse (1,7-5,3**)
- Age > 35 ans (1,2-1,4)
- Parité >= 3 (2,4)
- Anémie < 11 g/dL (1,6 - 2,6)
- Tabac (>= 10 cigarettes par jour) (2,7)
- Varices (symptomatiques, au dessus de genou ou avec phlébite/oedème/trouble cutané) (2,4)
- Pré-éclampsie (grossesse actuelle) (2,9-3,1)
- Pré-éclampsie + RCIU (5,8)
- Immobilisation (7,7-10,8)
- Histoire familiale (1^{er} degré) de TVP
- Thrombophilie mineure
- Grossesse multiple (1,7-4,2)
- PMA (FIV) (4,2-4,3)
- Prise de poids excessive (>= 21kg) (1,6)
- MFIU (6,2)
- Facteurs de risque transitoires : déshydratation/hyperemesis, infection systémique, voyage de longue distance, repos strict de plus d'une semaine (2,5-4,4)

aOR

→ >= 4 FR : Prophylaxie dès le début de la grossesse
 >= 3 FR : Prophylaxie à partir de 28 SA puis réévaluation

→ <3 FR : pas de prophylaxie HBPM

PROTOCOLE POSTNATAL

HAUT RISQUE

- Antécédent personnel de TVP
- Toute patiente traitée par HBPM prophylactique en anténatal
- Thrombophilie majeure
- Thrombophilie mineure et histoire familiale (1^{er} degré) de TVP
- HBPM prophylactique pendant 6 semaines

RISQUE INTERMÉDIAIRE

- Césarienne en cours de travail
- Toute procédure chirurgicale dans le postpartum (exceptée la suture immédiate du périnée)
- Obésité BMI >= 40kg/m²
- Comorbidités : cancer, décompensation cardiaque, LED actif, MICI, polyarthrite inflammatoire, syndrome néphrotique, diabète de type I avec néphropathie, drépanocytose, toxicomanie (voie intraveineuse)
- Toute réadmission ou hospitalisation prolongée (>= 3 jours) dans le post-partum
- HBPM prophylactique pendant 10 à 15 jours*

FAIBLE RISQUE

- Césarienne électorale (1,8-3,6)
- Obésité (BMI >30kg/m²) avant la grossesse (1,7-5,3)
- Age > 35 ans (1,2-1,4)
- Parité >= 3 (2,4)
- Tabac (>= 10 cigarettes par jour) (2,7)
- Varices (symptomatiques, au dessus de genou ou avec phlébite/oedème/trouble cutané) (2,4)
- Pré-éclampsie (grossesse actuelle) (2,9-3,1)
- Pré-éclampsie + RCIU (5,8)
- Immobilisation (7,7-10,8)
- Histoire familiale (1^{er} degré) de TVP
- Thrombophilie mineure
- Grossesse multiple (1,7-4,2)
- Accouchement prématuré (<37SA) (2,4-2,7)
- MFIU (grossesse actuelle) (6,2)
- Travail prolongé (>24h)
- HPP > 1L ou transfusion de GR (4,1)

aOR

→ >= 2 FR : HBPM prophylactique 10 à 15 jours suggérée

→ <2 FR : pas de prophylaxie HBPM, mobilisation précoce et éviter la déshydratation

THROMBOPHILIE HÉRÉDITAIRE

ANTENATAL

THROMBOPHILIE MINEURE

- Hétérozygotie facteur V Leiden
- Hétérozygotie mutation G20210A de la prothrombine

→ **Surveillance clinique**
SAUF si histoire personnelle de TVP ou familiale positive → HBPM prophylactique

THROMBOPHILIE MAJEURE

- Déficit en antithrombine*
- Déficit en protéine C ou S*
- Homozygotie facteur V Leiden
- Homozygotie mutation G20210A prothrombine
- >= 2 risques mineurs (double hétérozygotie)

→ **HBPM prophylactique suggérée**

Remarque : dosages à réaliser en dehors de la grossesse*

Avis en thrombose-hémostase conseillé

THROMBOPHILIE ACQUISE

	ANTENATAL	POSTNATAL
Asymptomatique aPL triple ou double positivité, AL positif persistant, aPL à haut titre	LDA	HBPM prophylactique 6 semaines
SAPL Obstétrical	LDA HBPM prophylactique	LDA HBPM prophylactique 6 semaines
SAPL Thrombotique	HBPM thérapeutique + LDA si initié antérieurement	AVK + LDA si initié antérieurement

Remarques et recommandations

Dose prophylactique d'HBPM en anténatal et en postnatal

Poids (kg)	Enoxaparin (UI)
< 100	4000
> = 100	6000

- _ Il n'existe aucune preuve sur l'efficacité des bas de contention dans la prévention thrombotique mais ils sont efficaces pour les jambes lourdes/douloureuses. D'une manière générale, nous conseillons pendant la grossesse le port des bas de contention de classe I (sans antécédent) ou de classe II (avec antécédent).
- _ Nous vous conseillons de mentionner dans le dossier la recherche de l'absence de facteur de risque thromboembolique.
- _ Dans le groupe de patientes à faible risque, nous avons précisé l'odds ratio ajusté pour chaque item afin d'aider au mieux le clinicien dans sa décision de prescription.
- _ Tout SAPL obstétrical et thrombotique nécessitent une concertation multidisciplinaire idéalement en pré-conceptionnel et à défaut dès le début de la grossesse. Toute récurrence de complications obstétricales ou thrombotiques sous traitement nécessite également une telle concertation pour une adaptation du traitement.
- _ Nous recommandons d'utiliser les bottes de compression pneumatique en salle de césarienne.

Lexique

- αOR** : odds ratio ajusté
- TVP** : thrombose veineuse profonde
- HBPM** : héparine de bas poids moléculaire
- AVK** : anti vitamine K
- BMI** : body mass index
- LED** : lupus érythémateux disséminé
- MICI** : maladie inflammatoire intestinale chronique
- RCIU** : retard de croissance intra-utérin
- SA** : semaines d'aménorrhée
- MFIU** : mort foetale in utero
- PMA** : procréation médicalement assistée
- FIV** : fécondation in vitro
- FR** : facteur de risque
- HPP** : hémorragie du post-partum
- GR** : globules rouges
- αPL** : anticorps antiphospholipides
- AL** : anticoagulant lupique
- SAPL** : syndrome des anticorps antiphospholipides
- LDA** : low dose aspirin (80mg)

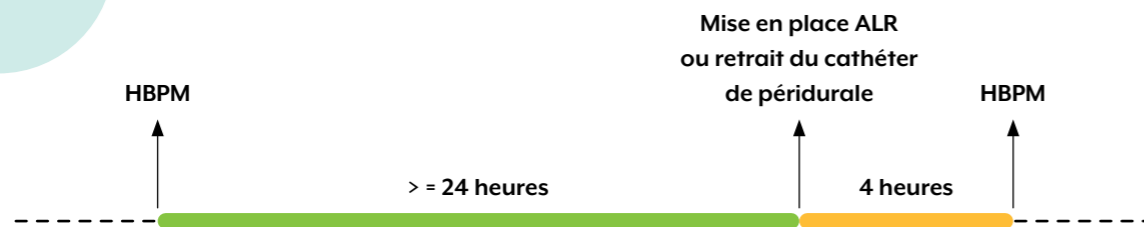
Sources

- _ Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, Green-top Guideline No.37a, April 2015
- _ Bates SM, Rajasekhar A, Middeldorp S, et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. Blood Adv. 2018;2(22):3317-3359.
- _ Bistervels I.M., Buchmüller A., Wiegers H.M.G., et al. Intermediate-dose versus low-dose low-molecular-weight heparin in pregnant and post-partum women with a history of venous thromboembolism (Highlow study): an open-label, multicentre, randomised, controlled trial. Lancet. 2022;400:1777-1787.
- _ Executive Summary: Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Stevens SM, Woller SC, Baumann Kreuziger L, Bounameaux H, Doerschug K, Geersing GJ, Huisman MV, KearonC, King CS, Knighton AJ, Lake E, Murin S, Vintch JRE, Wells PS, Moores LK.Chest. 2021 Dec;160(6):2247-2259.

HBPM prophylactique



HBPM curative et doses intermédiaires (1mg/kg 1x/jour)





Dr J. Tack

Pr F. Chantraine

Dr G. Lambert

Pr P.-Y. Dewandre

Pr J.-M. Minon

Dr P. Peeters

Dr S. Grandfils

Pr P. Emonts

Pr M. Nisolle

Pr F. Kridelka

Contact : jtack@citadelle.be