

Compression médicale et femme enceinte

SYMPOSIUM SIGVARIS

RISQUE VEINEUX THROMBO-EMBOLIQUE PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST- PARTUM

- ▶ EPIDEMIOLOGIE
- ▶ ANALYSE DU RISQUE

Dr Michèle CAZAUBON
Angéiologue

Secrétaire Générale

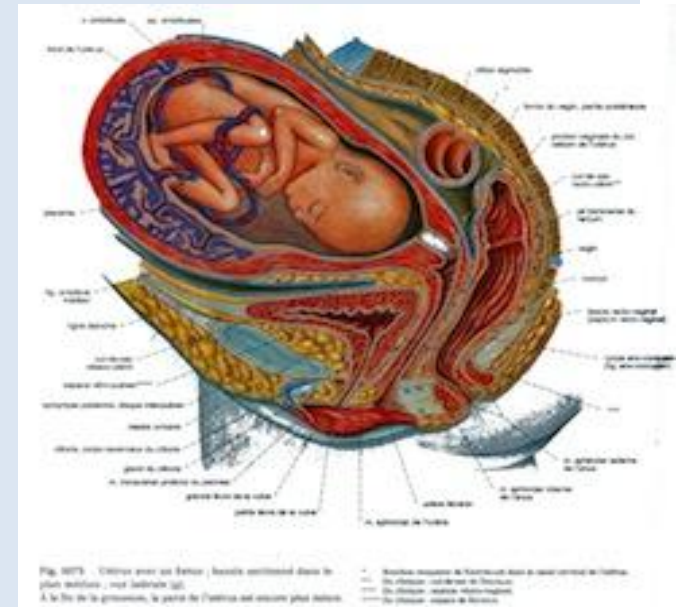


CONFLITS D'INTERET

L'auteur déclare avoir participé à des interventions ponctuelles (travaux scientifiques, activités de conseil, conférences, colloques) pour la HAS et pour la Société SIGVARIS

Epidémiologie

- L'incidence de la maladie veineuse thrombose embolique (MVTE) est 5 fois plus élevée que chez la femme non enceinte, de même âge
(Marik. *N Eng J Med* 2008)



Incidence de la MVTE chez la femme jeune (<49 ans)

Population	Incidence
Femme de 15 à 49 ans	2,1 / 10. 000 /an *
Au cours de la grossesse (égale répartition dans les trois trimestres)	10/ 10. 000 ** X 5
Dans le post- partum	20 à 190/ 10 000 ** X 20

*WHO Lancet 1995 ** Pomp ER et al. J Thromb Haemost 2008

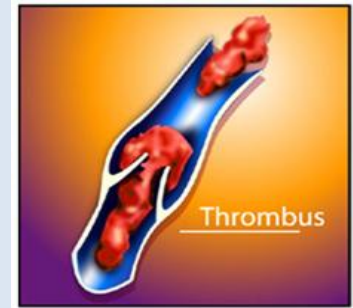
Complications (1)

➤ **Complication majeure de la TVP = Embolie Pulmonaire**

= 1 ère cause de mortalité maternelle

=1,1 et 1,5 pour 100.000 accouchements

(www.cemach.org.uk)



Le risque d'embolie pulmonaire est plus important dans le post-partum:

- 60% des EP dans le post partum (*Marik. N Eng J Med 2008*)
- il persiste pendant 3 mois (*James AH. Am J Obst Gynecol. 2005*)

Complications (2)

- ▶ **Risque de nouvelle TVP** si nouvelle grossesse
 - ▶ = 10% sans prophylaxie de la MVTE
 - ▶ = 2,5% avec prophylaxie de la MVTE

(James AH et al. Semin Perinatol, 2007)

- ▶ Risque de développer une **maladie post- thrombotique**
(Bergqvist. Br J Obstet.Gynaecol.1990)

Incidence de la Maladie Post Thrombotique

- 78% des femmes avec TVP pendant leur grossesse, auront une maladie post-thrombotique symptomatique dont 4% avec insuffisance veineuse sévère (*Bergqvist. Br J Obstet.Gynaecol.1990*)
- La sévérité de la MPT augmente avec le nombre de thromboses. (*Bergqvist. Br J Obstet.Gynaecol.1990*)



ETUDES A FAIRE /

Maladie post thrombotique

- Femme de 45 ans
- 2 grossesses
- 1 thrombose ilio-fémorale gauche pendant la 2^{ème} grossesse et x épisodes de thromboses distales entre 35 et 50 ans.



SIEGE des TVP AU COURS DE LA GROSSESSE

Reference	No. of patients <i>n</i> = 124	Right side <i>n</i> = 12			Left side <i>n</i> = 84			Side unknown <i>n</i> = 28		
		Isolated calf DVT	Proximal with calf DVT	Proximal with no calf DVT	Isolated calf DVT	Proximal with calf DVT	Proximal with no calf DVT	Isolated calf DVT	Proximal with calf DVT	Proximal with no calf DVT
Bergqvist et al. ³⁰	14*	2	0	1	1	4	6			
Bergqvist et al. ³¹	30	1	1	1	1	10	16			
Greer et al. ³²	4					1	3			
Polak et al. ³³	18		2†				16			
Aburahma et al. ³⁴	24								5	19
James et al. ³⁵	34	1		3	1	7	18			4

*This study also included three patients whose DVT was detected indirectly, by methods other than venography. As such, the anatomic distribution of the thrombosis could not be ascertained. These patients are not represented in this table.

†It was not possible to determine from the published article whether right-sided proximal thromboses in these patients involved the calf veins.

Chan, W. S. et al. CMAJ 2010;182:657-660

88% TVP GAUCHE
>60% proximales

Confirmation de la TVP

- **L'examen par échographie Doppler (ED) :**

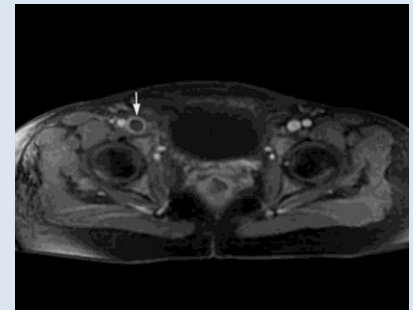
La compression des veines iliaques
difficilement réalisable

- **L'angio-IRM :** grande sensibilité
et spécificité pour TV Iliaque.

Réalisable chez la femme enceinte,
sans risque pour le fœtus (*Marik*

N Eng J Med 2008).

- Pour le diagnostic de l'EP, **l'angioscanner pulmonaire**
est la méthode à privilégier compte-tenu du risque
d'irradiation fœtale d'une scintigraphie de ventilation-
perfusion (*Laissy JP .AJR 1996*)

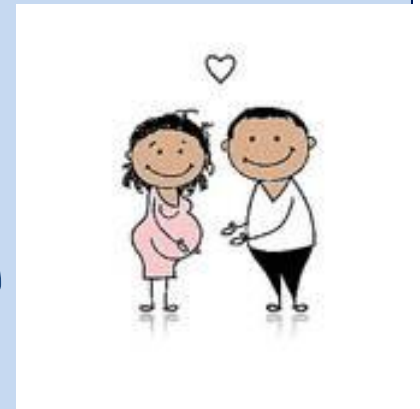


Les facteurs de risque

- Toutes les femmes enceintes n'ont pas le même risque de MVTE
- Dans plus de 50% des cas, il existe des facteurs de risque connus et identifiables:
 - liés soit à la grossesse elle-même
 - à une anomalie de la coagulation acquise ou constitutionnelle,
 - ou à d'autres facteurs
- **Toute femme enceinte doit bénéficier d'une appréciation de son risque de MVTE, afin de décider de la conduite à tenir, en fonction des recommandations récentes.**

RISQUE FAIBLE

- Age <35 ans
- Aucun facteur de risque associé



RISQUE MODERE (1)

- Ant. MVTE avec facteur déclenchant (traumatisme, alitement, traitement hormonal, AMP?) et sans facteur biologique de risque
- Facteurs biologiques dépistés dans le cadre d'une MVTE familiale:
 - FV L ou allèle 20210 A hétérozygotes

RISQUE MODERE (2)

- **Facteurs de risque liés à la clinique :**
 - Césarienne, surtout si réalisée en urgence
 - Age > 35 ans
 - Obésité (IMC > 30 ou poids > 80 Kgs), varices, HTA
 - 1 ou x facteurs prédisposants obstétricaux : multiparité > 4, pré-éclampsie, allongement prolongé
 - Maladie thrombogène sous jacente (syndrome néphrotique, cancer, infection...)

*Texte des recommandations Thrombophilie et grossesse
Conférence de consensus ANAES 2003*

RISQUE ELEVE

- **Ant. de MVTE sans facteur déclenchant avec ou sans facteurs biologiques de risque**
- **Facteurs biologiques dépistés dans le cadre d'une MVTE familiale :**
 - Déficit PC ou PS hétérozygote
 - Statut homozygote pour le facteur V leiden
 - Statut homozygote pour l'allèle 20210A du gène du facteur II
 - Anomalies combinées

Texte des recommandations Thrombophilie et grossesse conférence de consensus ANAES 2003

RISQUE MAJEUR

- Femme enceinte traitée « définitivement » par anticoagulants avant la grossesse pour un épisode de MVTE avec une thrombophilie connue.
- Déficit en AT symptomatique
- SAPL (clinique et biologique)

Texte des recommandations Thrombophilie et grossesse conférence de consensus ANAES 2003

LA PLACE DE LA COMPRESSION MEDICALE DANS PRÉVENTION DU RISQUE DE MVTE

Toutes les femmes enceintes peuvent bénéficier du port d'une compression élastique pendant toute la grossesse et le post- partum.

- La classe II (15-20 mm Hg) est recommandée et doit être formellement prescrite chez les patientes à niveau de risque faible à modéré.
- La classe III (20-36 mmHg) est recommandée et doit être formellement prescrite chez les patientes à niveau de risque élevé et majeur.

CONCLUSION

- La gestion de la Maladie Veineuse chez la femme enceinte dans le contexte de la grossesse est un problème de santé important.



- Il implique la complémentarité de l'angéiologue, du gynécologue-obstétricien et du spécialiste de la coagulation à toutes les étapes de la grossesse et dans le post-partum.
- Le bilan permettra une prise en charge de la MVC, ou une prévention ou un traitement de la MVTE en accord avec les dernières recommandations.