

8th International Symposium on Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis Congrès WHITH, Madrid, mars 2019

Thrombose et grossesse – L'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) en cas de grossesse

En résumé

Le Congrès WHITH

Lors du 8^{ème} symposium international WHITH (Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis), qui s'est déroulé fin mars à Madrid, de nouvelles informations ont été présentées sur les thèmes de la thrombose et de l'hémostase chez la femme. «The current state of the art», en ce qui concerne le thème thrombose et grossesse a été discuté dans un symposium satellite organisé par la société Sanofi et présidé par le Prof. **Benjamin Brenner**, Israël.

Thrombose et grossesse

L'héparine de bas poids moléculaire chez les femmes enceintes

«La détection individuelle et soignée des facteurs de risque préexistants et nouvellement apparus/transitoires liés à la grossesse, avant et après la naissance, ainsi qu'une prophylaxie thromboembolique à l'aide de l'héparine de bas poids moléculaire sont les deux facettes de la prévention des maladies thromboemboliques (MTE)», a déclaré le Prof. **Anne Flem Jacobsen**, Norvège. Le risque absolu le plus élevé d'une maladie thromboembolique se situe pendant les quatre premières semaines après la naissance [1]. Le risque augmente d'environ 4% lorsque la patiente a déjà souffert préalablement d'une MTE [2]. Cela vaut en particulier pour les femmes qui n'ont pas reçu de prophylaxie antepartum au moyen d'anticoagulants après une MTE non provoquée ou associée aux œstrogènes antérieure [3].

Nouvelles directives ASH pour la prophylaxie de la thrombose lors de la grossesse

Dans ses nouvelles directives concernant la prise en charge des MTE lors de la grossesse [4] chez les femmes atteintes de MTE non provoquée ou associée aux œstrogènes antérieure, la société américaine d'hématologie (ASH [*American Society [of] Hematology*]) conseille une prophylaxie ante- et postpartum par l'HBPM. Pour les femmes présentant une MTE provoquée (non provoquée par les œstrogènes) antérieure, la nécessité d'une prophylaxie antepartum doit être évaluée au cas par cas, alors que la prophylaxie postpartum est recommandée [4].

Les modifications des directives ASH se rapportent aux femmes enceintes atteintes de thrombophilie. L'ASH s'est à présent prononcée contre une prophylaxie postpartum chez les femmes présentant une mutation hétérozygote du facteur V et des antécédents familiaux. Une prophylaxie antepartum devrait être initiée indépendamment des antécédents familiaux chez les femmes avec mutation homozygote du facteur V, ainsi que chez les femmes souffrant de thrombophilie combinée [4].

Lorsqu'une prophylaxie antepartum est indiquée, celle-ci doit être commencée au cours du premier trimestre et poursuivie pendant toute la grossesse. La prophylaxie postpartum est recommandée pendant six semaines après l'accouchement. Concernant la posologie, l'ASH se prononce sur l'administration d'une dose standard pour la prophylaxie antepartum, une dose intermédiaire pouvant être envisagée lors d'une prophylaxie postpartum [4].

«La plupart des recommandations ne se basent que sur des preuves relativement restreintes», a expliqué Jacobsen. La patiente devrait être associée à la décision thérapeutique. Une évaluation individuelle du risque est importante: «La plupart des femmes ne nécessitent aucune prophylaxie pharmacologique, mais il est important de consciencieusement repérer et traiter celles qui en ont besoin», a continué Jacobsen. «La prophylaxie des MTE par l'HBPM est le traitement recommandé préféré de toutes les directives pour les femmes enceintes.»



8th International Symposium on Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis Congrès WHITH, Madrid, mars 2019

Thrombose et grossesse – L'héparine de bas poids moléculaire chez les femmes enceintes

Le traitement des MTE pendant la grossesse

Dans les pays industrialisés, les MTE sont encore l'une des causes les plus fréquentes de décès pendant la grossesse [3]. L'incidence des MTE se situe à 1,2 cas par 1'000 grossesses [2]. «Le traitement des MTE au cours de la grossesse est et reste un défi clinique», a expliqué le **Prof. Grégoire Le Gal**, Canada. Les HBPM sont l'élément fondamental du traitement des MTE lors de la grossesse. Vu que les HBPM ne disposent pas des possibilités de liaison non spécifique de l'héparine non fractionnée, elles présentent une efficacité plus prévisible. En outre, elles sont mieux tolérées et il n'existe aucun indice d'un passage placentaire, ni d'une excrétion dans le lait maternel. Les antagonistes de la vitamine K ne devraient pas être utilisés au cours du premier trimestre en raison du risque de malformation, a rappelé Prof. Le Gal. Les nouveaux anticoagulants oraux (NACO) sont contre-indiqués pendant la grossesse et les femmes traitées par NACO, qui tombent enceintes, doivent immédiatement passer aux HBPM [5]. Le traitement doit durer pendant au moins trois mois et se poursuivre pendant au moins six semaines en postpartum [4].

Défis de la prise en charge peripartum de la thrombose

Le **Prof. Jean-Christophe Gris**, France, a cité le risque de saignement pendant les phases peri- et postpartum comme l'un des défis de la prise en charge de la thrombose au cours de la grossesse. On ne dispose actuellement que peu de données sur le risque de saignement pendant la période pré- et post-accouchement chez les femmes sous HBPM. Un filtre de veine cave peut le cas échéant être utilisé pour prévenir l'embolie pulmonaire (EP) [4]. La décision repose sur le rapport bénéfice/risque individuel. Après l'accouchement, le traitement par HBPM doit être repris à pleine dose. Un autre défi est une EP pouvant être fatale suite à l'instabilité hémodynamique brièvement avant le terme. Dans ce cas, une thrombolyse systémique peut être envisagée en complément de l'anticoagulation, conformément aux nouvelles directives ASH. Si la patiente est stable sur le plan hémodynamique, l'ASH recommande d'éviter une thrombolyse supplémentaire et d'administrer uniquement une anticoagulation [4].

Bibliographie:

1. Jacobson AF et al., Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium-a register-based case-control study, *Am J Obstet Gynecol*, 198: 233: e1–7 (2008)
2. Kourlaba G et al. A systematic review and meta-analysis of the epidemiology and burden of venous thromboembolism among pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*, 132: 4–10 (2016)
3. Rodger M et al. Pregnancy and venous thromboembolism: 'TIPPS' for risk stratification *Hematology. Am Soc Educ Program* 2014; 387–92 (2014)
4. Bates SM et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. *Blood Adv.* 2: 3317–3359 (2018)
5. Cohen HJ et al. *J Thromb Haemost*; 14: 1673–6 (2016)

Source: Sanofi Symposium Satellite „Thrombosis and pregnancy - The current state of the art“ lors du 8ème symposium international WHITH (Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis), Madrid, Espagne, 29 mars 2019.

Article en ligne, date de publication: 04.04.2019. Publication payante. Titulaire du droit d'auteur:
© 2019, Springer-Verlag GmbH Autriche, appartenant à Springer Nature. Publication autorisée.