

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

Maladies thromboemboliques chez la femme – La grossesse comme facteur de risque

En résumé

Le Congrès WHITH

Les maladies thromboemboliques (MTE) de la grossesse constituent un défi thérapeutique, car nous ne disposons pas de scores cliniques validés, ni d'algorithmes diagnostiques pour cette situation particulière. Lors du 8^{ème} symposium international WHITH (Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis), qui s'est déroulé fin mars à Madrid, les experts ont discuté de l'intervention thérapeutique en cas de suspicion d'embolie pulmonaire chez les patientes enceintes.

Maladies thromboemboliques chez la femme

La grossesse comme facteur de risque

Un facteur de risque important des MTE chez la femme est la grossesse [1]. Le **Prof. Menno Huisman**, Pays-Bas, a expliqué que la cause est l'hypercoagulabilité physiologique induite par la grossesse. La manifestation des MTE pouvant être fatale, est l'embolie pulmonaire (EP). En cas de suspicion d'EP, un diagnostic rapide et efficace est indispensable. Assurément, en pratique clinique, le défi réside en la distinction entre les modifications physiologiques induites par la grossesse et les symptômes variables de l'EP. Par exemple, un nombre important de femmes enceintes souffre de dyspnée occasionnelle, sans que l'on doive soupçonner une EP.

Malgré l'urgence de rapidement détecter ou exclure une EP pendant une grossesse, on ne dispose pas de stratégie diagnostique validée. Comme l'a expliqué le Prof. Huisman, la détermination des D-dimères chez les patientes enceintes ne peut être utilisée que de manière limitée car la grossesse entraîne une élévation physiologique de ce paramètre. Les recommandations des directives sont contradictoires: «Certaines se prononcent pour, d'autres contre le test des D-dimères pour exclure l'EP» a dénoncé le Prof. Huisman.

Les scores cliniques, tels le score de Genève modifié [2] ou le score de Wells [3], ne sont également que d'usage limité chez la femme enceinte suspectée d'EP, car leur mise en œuvre n'a pas été validée en cas de grossesse.

Rayons X du thorax même chez les femmes enceintes suspectées d'embolie pulmonaire

En cas d'imagerie, la question du risque éventuel pour la mère et/ou le fœtus se pose. Avec une valeur de 0,1 mSv, l'exposition du fœtus aux rayons est très faible a repris le Prof. Huisman. La radiographie des rayons X du thorax permet de renforcer quelques diagnostics différentiels et de fixer les diagnostics en cours. Assurément, la radiographie du thorax ne peut pas certifier une EP. Une échographie de compression peut être envisagée chez les patientes présentant des signes cliniques de thrombose veineuse profonde (TVP) [4].

Selon les termes du Prof. Huisman, une scintigraphie par inhalation/perfusion constitue l'élément fondamental de la prise en charge diagnostique. «Une «imagerie par ventilation perfusion» (VQ-scan) discrète exclut pratiquement une EP cliniquement importante et nécessitant un traitement», ajoute le Prof. Huisman. C'est vrai également pour l'angiographie pulmonaire par tomographie par ordinateur (CT pulmonary angiogram, CTPA) [5]. Une tomographie par résonance magnétique (TRM) n'est pas recommandée.

Le Prof. Huisman a rappelé qu'aucun algorithme diagnostique n'a été validé pour éclaircir une suspicion d'EP pendant la grossesse. Un diagnostic complet avec notamment, des procédures d'imagerie, doit être réalisé chez chaque patiente enceinte suspectée d'EP.



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

Maladies thromboemboliques chez la femme – La grossesse comme facteur de risque

L'algorithme YEARS adapté s'est révélé être relativement sûr et efficace pour identifier une EP chez la femme enceinte [6].

Prise en charge adaptée au risque de l'embolie pulmonaire chez la femme

Sur base de l'hétérogénéité diagnostique des patientes souffrant d'EP, les directives actuelles [4] recommandent la mise en œuvre d'algorithmes diagnostiques et thérapeutiques adaptés au risque. Cela peut se révéler favorable pour le pronostic, car il existe un lien net entre gravité de l'EP et mortalité [7]. Selon les termes du **Prof. David Jiménez**, Espagne, les scores cliniques pour l'identification d'une EP peuvent contribuer à un risque réduit. «Ils sont en outre, économiques et accessibles 24h/24 et 365 jours par an», a poursuivi le Prof. Jiménez.

Pour identifier les patientes à risque intermédiaire à élevé, il convient de faire appel à une combinaison de paramètres cliniques et de marqueurs de l'insuffisance cardiaque droite. La stabilité hémodynamique joue un rôle central dans la différenciation. Chez les patients hémodynamiquement instables, la mortalité augmente nettement, tandis qu'elle est faible chez les patients stables sans insuffisance ventriculaire droite. Par conséquent, il convient de considérer à risque EP très élevé, les patientes souffrant d'EP et d'instabilité hémodynamique (hypotension artérielle persistante ou choc cardiogène).

Importante nécessité d'optimisation lors du diagnostic des MTE

La **Dre Jahnvi Daru**, Grande-Bretagne, estime que les données à propos des MTE pendant la grossesse sont encore déficientes. En particulier, on dispose de très peu de données sur l'issue de la grossesse après MTE manifeste. De même que pour l'efficacité de la prophylaxie MTE au cours de la grossesse. Comme l'explique la Dre Daru, il est nécessaire et urgent d'optimiser l'identification des patientes MTE à haut risque, par exemple au moyen d'études de cohortes au niveau national.

Bibliographie:

1. Kourlaba et al., A systematic review and meta-analysis of the epidemiology and burden of venous thromboembolism among pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet.* Jan;132(1):4-10 (2016)
2. Le Gal G et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: the revised Geneva score. *Ann Intern Med;* 144: 165–171 (2006)
3. Wells PS et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. *Thromb Haemost;* 83: 416–420 (2000)
4. Regitz-Zagrosek V et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J;* 39: 3165–3241 (2018)
5. Righini M et al. Diagnosis of Pulmonary Embolism During Pregnancy: A Multicenter Prospective Management Outcome Study. *Ann Intern Med;* 169: 766–773 (2018)
6. van der Pol LM et al. Pregnancy-Adapted YEARS Algorithm for Diagnosis of Suspected Pulmonary Embolism. *N Engl J Med;* 380: 1139–1149 (2019)
7. Barbero E. Performance of Early Prognostic Assessment Independently Predicts the Outcomes in Patients with Acute Pulmonary Embolism. *Thromb Haemost;* 118: 798–800 (2018)

Source: 8^{ème} symposium international WHITH (Women's Health Issues in Thrombosis and Haemostasis), Session 4: „Thromboembolies veineuses chez les femmes“ 30 mars 2019 à Madrid, Espagne

Article en ligne, date de publication: 23.04.2019. Publication payante. Titulaire du droit d'auteur:
© 2019, Springer-Verlag GmbH Autriche, appartenant à Springer Nature. Publication autorisée.