



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RUBRIQUE PRATIQUE

Prise en charge d'une parturiente sous anticoagulant



Management of thrombotic therapy in a parturient

Jérôme Planchon^{a,*}, Catherine Fischer^a

^a Département d'anesthésie-réanimation, centre hospitalier Antoine-Béclère, 157, rue de la Porte-de-Trivaux, 92141 Clamart cedex, France

^b Service d'anesthésie-réanimation, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, BP 406, 92141 Clamart cedex, France

Disponible sur Internet le 26 septembre 2015

MOTS CLÉS

Anticoagulation ;
Grossesse ;
Thromboprophylaxie ;
Anesthésie
périmédullaire

Résumé La grossesse est un facteur de risque important de la maladie thromboembolique veineuse. Les indications des traitements thromboprophylactiques sont précisées par des recommandations d'experts selon le niveau de risque tenant compte de facteurs cliniques et biologiques, les héparines de bas poids moléculaire sont utilisées en 1^{re} intention. Dans le cadre de la prophylaxie, une interruption programmée du traitement permet le plus souvent de réaliser une anesthésie périmédullaire pour l'accouchement. La prise en charge d'une patiente sous traitement à dose curative est plus complexe et nécessite une concertation pluridisciplinaire pour chaque patiente, notamment pour l'organisation de l'accouchement qui doit être programmé dans le cadre d'un schéma d'interruption du traitement beaucoup plus strict. Dans ce cas, l'accès à l'anesthésie locorégionale est plus aléatoire et l'incidence des complications hémorragiques en péri-partum est plus élevée.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Antithrombotic
therapy;
Pregnancy;

Summary Pregnancy is an important risk factor for venous thromboembolism. The indications for thromboprophylaxis treatment are specified by expert recommendations by level of risk, taking into account clinical and biological factors; low molecular weight heparins are the first choice. In the setting of prophylaxis, a scheduled interruption of treatment allows commonly

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : catherine.fischer@abc.aphp.fr (J. Planchon).

Thromboprophylaxis; Epidural anesthesia

to perform epidural anesthesia for delivery. Managing curative treatment is more complex and requires a multidisciplinary approach for each patient, including delivery schedule, which must take into account a much more rigorous treatment interruption scheme. In this case, regional anesthesia is more hazardous, and the incidence of bleeding complications in the peri-partum period is higher.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

POINTS ESSENTIELS

- La maladie thromboembolique veineuse concerne 1 à 2 femmes enceintes sur 1000 environ et constitue la 2^e cause directe de mortalité maternelle en France.
- Les HBPM sont les anticoagulants de premier choix pendant la grossesse tant en prophylaxie qu'en traitement curatif.
- L'indication d'un traitement prophylactique au cours de la grossesse repose sur une évaluation du niveau de risque thrombotique apprécié en associant des facteurs cliniques et biologiques.
- La programmation de l'accouchement, en concertation avec l'équipe obstétricale, permet de limiter les complications hémorragiques et permet un meilleur accès à une analgésie périmédullaire.
- En prophylaxie, une fenêtre thérapeutique simple permet généralement un accès à l'analgésie péridurale.
- En traitement curatif, il est plus difficile de réaliser une analgésie périmédullaire, les risques de complications hémorragiques per- et post-partum sont plus élevés.
- En cas de risque thrombotique élevé, le relais par héparine non fractionnée intraveineuse continue, certes plus contraignant, est la solution qui permet la fenêtre la plus courte avec la meilleure sécurité.
- Il paraît licite de monitorer le pic d'activité anti-Xa sous traitement curatif pendant la grossesse.

Introduction

Au cours de la grossesse, le risque de thrombose veineuse profonde (TVP) est multiplié par 5 à 10. La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) concerne 1 à 2 femmes enceintes sur 1000 environ et constitue la 2^e cause directe de mortalité maternelle en France sur la période 2007–2009, soit 1,2/100 000 naissances dont 50 % sont considérées « évitables » [1].

Pour l'anesthésiste, la gestion d'une parturiente sous traitement anticoagulant peut poser plusieurs types de problèmes : l'indication du traitement et les objectifs en termes de niveau d'anticoagulation, les modalités de surveillance, l'évaluation et le contrôle du risque hémorragique, l'organisation de l'accouchement et la prescription post-partum. Il convient de distinguer 2 situations selon que l'indication est prophylactique ou curative.

Gestion d'un traitement anticoagulant à dose prophylactique

Les recommandations des sociétés savantes encouragent largement une thromboprophylaxie par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) mais ces recommandations reposent surtout sur des avis d'experts et évoquent peu les effets indésirables médicaux et économiques d'une prescription de plus en plus large. Les sociétés savantes mettent régulièrement à jour les recommandations sur les indications et la conduite de ces traitements chez la femme enceinte. Cependant, il manque à l'évidence des études à grande échelle et de bon niveau scientifique pour établir le bénéfice d'une telle prophylaxie en population obstétricale ainsi qu'un programme structuré de surveillance des effets indésirables.

Indications

Il est important de connaître le type d'indication pour gérer au mieux la surveillance du traitement et l'organisation d'une éventuelle fenêtre thérapeutique pour l'accouchement ou pour les gestes invasifs au cours de la grossesse. Le niveau de risque est apprécié en associant des facteurs cliniques (antécédents personnels de MTEV, présence ou non de facteur déclenchant) et biologiques (thrombophilie) et plusieurs scores ont été proposés mais non encore validés. Le risque de survenue d'une TVP concerne les 3 trimestres (classiquement plus important aux 1^{er} et 3^e trimestres) et le post-partum, une étude récente retrouve une augmentation presque exponentielle de ce risque au cours de la grossesse, maximum en post-partum et non significative après 6 semaines [2]. En cas d'antécédent personnel de TVP, le risque de récurrence au cours d'une grossesse est multiplié par 3 ou 4. Cependant, la prescription d'un traitement tout au long de la grossesse doit aussi tenir compte du coût et des inconvénients. En post-partum, les indications sont plus larges car la durée est par définition plus courte (6 semaines au lieu de 41) et le risque de thrombose plus élevé.

Les recommandations concernant la thromboprophylaxie divergent assez peu selon les pays et sont résumées dans le [Tableau 1](#) selon la 9^e édition de l'American College of Chest Physicians (ACCP) publiée en 2012 [3]. Ces recommandations précisent également certaines « non-indications » d'une prophylaxie en cours de grossesse dans les situations suivantes :

- existence de facteurs de thrombophilie associés à des antécédents de complications obstétricales ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2611180>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2611180>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)