

ANTICOAGULATION ET GROSSESSE

RISQUE DE MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET THROMBOPROPHYLAXIE

Concernant le risque thrombotique, la clinique (ATCD personnel de MTEV) prime sur la biologie (bilan de thrombophilie).

| | Facteurs de risque | Thromboprophylaxie pendant la grossesse | Thromboprophylaxie postpartum |
|----------------------|---|---|---|
| Risque majeur | <ul style="list-style-type: none"> Traitement anticoagulant curatif à vie ATCD de MTEV multiples | <ul style="list-style-type: none"> Bas antithrombose + poursuite du traitement curatif HBPM (tinzaparine 1 inj/j ou énoxaparine 2 inj/j) en préconceptionnel ou Relais AVK-HBPM avant 8 SA puis reprise AVK de 12 à 35 SA puis HBPM > 35 SA | <ul style="list-style-type: none"> Reprise du traitement antérieur à la grossesse |
| Risque élevé | <ul style="list-style-type: none"> Tout ATCD personnel de MTEV (sauf post chirurgie lourde) Syndrome d'hyperstimulation ovarienne au 1^{er} trimestre | <ul style="list-style-type: none"> Bas antithrombose + HBPM à dose préventive : énoxaparine 40 mg/j Toute la grossesse (pour le syndrome d'hyperstimulation ovarienne) ou à partir de 28 SA | <ul style="list-style-type: none"> Énoxaparine : 40 mg/j 6 à 8 semaines |
| Risque modéré | <ul style="list-style-type: none"> ATCD de MTEV post chirurgie lourde Thrombophilie à haut risque⁽¹⁾ sans ATCD de MTEV > 1 facteur de risque majeur⁽²⁾ ≥ 3 facteurs de risque mineur⁽³⁾ Chirurgie majeure en cours de grossesse (ex : appendicectomie) | <ul style="list-style-type: none"> Bas antithrombose + Discuter HBPM à dose préventive : énoxaparine 40 mg/j à partir de 28 SA | <ul style="list-style-type: none"> Bas antithrombose + Énoxaparine 40 mg/j 4 à 6 semaines La durée peut être réduite (à 7 à 10 j) selon les facteurs de risque ± persistants |
| Risque faible | <ul style="list-style-type: none"> Thrombophilie à bas risque⁽⁴⁾ sans ATCD de MTEV < 3 facteurs de risque mineur⁽³⁾ | <ul style="list-style-type: none"> Non | <ul style="list-style-type: none"> Bas antithrombose |

1. Thrombophilie asymptomatique à haut risque : déficit en antithrombine, syndrome des antiphospholipides, mutation homozygote du facteur V Leiden, mutation de la prothrombine G20210A homozygote, déficit combiné (surtout facteur V Leiden hétérozygote + mutation 20210A du gène facteur II).

2. Facteurs de risque majeur : cancer, insuffisance cardiaque, lupus en poussée, polyarthrite rhumatoïde ou MICI en poussée, syndrome néphrotique, diabète type 1 + néphropathie, drépanocytose symptomatique, IMC > 40 en début de grossesse, hyperemesis gravidarum

3. Facteurs de risque mineur : césarienne, âge > 35 ans, obésité (IMC > 30 en début de grossesse), varices, tabagisme actif, multiparité > 3, prééclampsie, allègement strict prolongé, hémorragie du post-partum grave > 1 L, grossesse multiple, thrombophilie à bas risque, ATCD familiaux 1^{er} degré de MTEV spontanée ou sous œstrogénostatif.

4. Thrombophilie asymptomatique à bas risque : mutation du facteur V Leiden hétérozygote, mutation de la prothrombine G20210A hétérozygote, déficit en protéine C, déficit en protéine S.