



Mise en route d'un traitement anticoagulant à doses curatives au cours d'une grossesse pour MTEV

Procédure conçue et agréée par le réseau GRANTED, pour son usage spécifique

Version 2016 : M .Fontaine, G .Pernod
Première diffusion 2007 : J. Yver, G. Pernod, C. Chirossel, V. Equy
Pages : 4

1 Objet

Ce document définit les modalités pratiques (posologie et surveillance) d'un traitement anticoagulant à doses curatives pour un épisode de maladie thromboembolique survenant au cours d'une grossesse.

2 Définitions

2. 1. Les AVK (cf procédure AVK et grossesse).

- . Les AVK sont formellement contre indiqués de la 6^{ème} à la 12^{ème} semaine d'aménorrhée.
- . Les AVK ne sont pas recommandés pendant le 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- . Les AVK sont contre indiqués à partir de la 32-34^{ème} semaine d'aménorrhée.

2. 2. Les HBPM/HNF

- . **Enoxaparine** (LOVENOX®)
 - . **Tinzaparine** (INNOHEP®)
 - . **Daltéparine** (FRAGMINE®)
 - . **Nadroparine** (FRADOXI®, FRAXIPARINE®)
- Compte tenu de leur poids moléculaire élevé, le passage placentaire et le passage dans le lait des HBPM n'est pas attendu. Ceci a été documenté pour certaines d'entre elles et peut être extrapolé aux autres en raison de leurs similitudes.
- De plus, pour l'ensemble des HBPM, les données publiées et l'expérience clinique en cours de grossesse et d'allaitement sont rassurantes à ce jour.
- Au vu de ces éléments, et selon les recommandations du CRAT 2013 **toutes les HBPM sont autorisées en préventif et en curatif** :
- . en cours de **grossesse** (quel que soit le terme)
 - . en cours **d'allaitement** (ce d'autant que l'absorption digestive est peu probable).

2. 3. Durée du traitement anticoagulant

On applique les durées de traitements classiques (6 semaines, 3 mois, 6 mois) à doses curatives.

La suite (arrêt du traitement, passage à des doses préventives, poursuite du traitement à doses curatives) est fonction des caractéristiques de la MTEV (topographie de la TVP, présence ou non d'un facteur déclenchant, terme de la grossesse au moment de l'évènement thromboembolique et de la présence éventuelle d'une thrombophilie sous-jacente).

Il est souhaitable que ces décisions soient prises par un comité de concertation de thrombophilie. medecin@granted.gcsmrsl.fr



3 Modalités pratiques

Dès que le diagnostic de MTEV est posé, il convient d'instaurer un traitement anticoagulant :

- HBPM à doses curatives : traitement offrant le meilleur rapport bénéfices/risques (recommandation grade 1 B).
 - . Enoxaparine, Lovenox® : 100 UI anti-Xa/kg/12h
 - . Daltéparine, Fragmine® : 100 UI anti-Xa/kg/12h
 - . Tinzaparine (INNOHEP®) : 175 UI anti-Xa/kg/24 h
 - . Nadroparine : FRADOXI®171UI antiXa/kg/24h, FRAXIPARINE® : 85 UI anti-Xa/kg/12h

- L'ajustement se fera sur le poids réel de la patiente, un contrôle de l'activité anti Xa peut être envisagé.

- Un traitement par HNF à doses curatives est également envisageable :
 - . Voie intra veineuse au PSE (une dose de charge de 50 unités/kg est recommandée, la dose quotidienne est ensuite calculée sur la base de 15 à 20 U/kg et par heure puis adaptée sur le TCA qui doit être compris entre 2 et 3 fois le témoin).
 - . Relais par calciparine en 2 ou 3 injections par jour après 5 à 10 jours de traitement au PSE, la posologie visera un TCA qui doit être compris entre 2 et 3 fois le témoin, ou une héparinémie comprise entre 0.3 et 0.5 UI/ml.

- Il est suggéré de faire une numération plaquettaire 2 fois par semaine pendant les 15 premiers jours du traitement (HBPM et HNF), puis une fois par semaine pendant 2 semaines.

Gestion du traitement anticoagulant à doses curatives en per partum

(Si nécessaire, contacter l'anesthésiste de garde de la maternité du CHU de Grenoble Bip 108)

Si le risque de MTEV est fort (ATCD de TVP et/ou EP datant de plus d'un mois) :

Il est recommandé d'interrompre le traitement par HNF ou HBPM 24 heures avant un accouchement programmé. La péridurale est alors envisageable après bilan de coagulation.

En cas de travail spontané, les anticoagulants seront arrêtés dès la mise en route du travail.

- . En cas de traitement curatif par HBPM, si la patiente est supposée être ou est toujours dans la zone thérapeutique **l'analgésie péridurale est contre indiquée** et tous les moyens préventifs d'hémorragie doivent être privilégiés.

- . Si la parturiente est traitée par Calciparine, la mesure du TCA permet de vérifier son élimination après arrêt. **Si le TCA > 1.2 fois le Témoin l'analgésie péridurale est contre indiquée** et tous les moyens préventifs d'hémorragie doivent être privilégiés.

En post partum, SI **L'ACCOUCHEMENT N'A PAS ETE COMPLIQUE**, les anticoagulants seront repris à doses iso coagulantes 4 à 6 heures après l'accouchement, puis à doses curatives 24 heures après l'accouchement.

S'il existe un très fort risque de MTEV (TVP et/ou embolie pulmonaire de moins de 4 semaines) :

Un accouchement programmé est indiqué

- La veille au soir on remplacera les HBPM ou la Calciparine par une HNF au PSE à doses curatives.
- L'HNF au PSE sera arrêtée dès la mise en route du travail et la patiente sera surveillée en salle d'accouchement.
- Une péridurale est envisageable 4 à 6 heures après arrêt de l'HNF au PSE **SI** le TCA est iso coagulant.

En cas de travail spontané

- Si la parturiente est traitée par Calciparine, la mesure du TCA permet de vérifier son élimination après arrêt. **Si le TCA > 1.2 fois le Témoin l'analgésie péridurale est contre indiquée** et tous les moyens préventifs d'hémorragie doivent être privilégiés. Il est possible de neutraliser l'HNF par le sulfate de protamine mais son utilisation doit rester exceptionnelle.
- En cas de traitement curatif par HBPM, si la patiente est supposée être ou est toujours dans la zone thérapeutique **l'analgésie péridurale est contre indiquée** et tous les moyens préventifs d'hémorragie doivent être privilégiés.
- En post partum, **SI L'ACCOUCHEMENT N'A PAS ETE COMPLIQUE** on recommence l'HNF au PSE à doses iso coagulantes (4 à 5 U/Kg par heure) dès la 4^{ème} heure puis on prescrira des doses curatives à la 12^{ème} heure.
- On reprendra le traitement anticoagulant antérieur (HBPM ou Calciparine) 48 heures après l'accouchement.

Nous rappelons qu'un traitement anticoagulant oral par AVK (visant un INR entre 2 et 3) peut être prescrit rapidement après l'accouchement (seule la coumadine est autorisée en cas d'allaitement).

Si une césarienne a été nécessaire, on attendra 4 à 5 jours avant de prescrire les AVK.

Références

CRAT – Centre de Références sur les Agents Tératogènes
<http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>
Conférence de consensus ANAES 2003.
STV n°10, vol. 12, décembre 2000
Chest 126, 2004 (627S-644S)
J Thromb Thrombolysis 21(1), 57-65, 2006

Auteurs groupe de rédaction et de lecture

Pr P.H. Carpentier, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Pr G. Pernod, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr S. Blaise, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
C. Chirossel, anesthésiologie CHU Grenoble Alpes
Dr B. Imbert, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr C. Menez, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr B. Satger, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr C. Seinturier, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr B. Villemur, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr J.Yver, médecine vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr M. Fontaine, médecine vasculaire GHM Grenoble
Dr P. Couturier, gériatrie CHU Grenoble Alpes
Dr L. Toffin, médecine vasculaire
Dr S. Joseph, médecine vasculaire
Dr D. Rastel, médecine vasculaire Grenoble
Dr J.M. Diamand, médecine vasculaire Grenoble
Dr F. Thony, imagerie vasculaire et radiologie interventionnelle vasculaire CHU Grenoble Alpes
Dr M. Rodière, imagerie vasculaire et radiologie interventionnelle vasculaire CHU Grenoble Alpes
Pr M. Mousseau, oncologie médicale CHU Grenoble Alpes
Dr M.P. De Angelis, institut de rééducation CHU Grenoble Alpes
M J.Y. Bouchet, kinésithérapeute CHU Grenoble Alpes
Mme C. Richaud, kinésithérapeute CHU Grenoble Alpes
Mme V. Evra, kinésithérapeute CHU Grenoble Alpes
Mme C. Bucci, kinésithérapeute CHU Grenoble Alpes
Dr V. Equy, gynécologieobstrétique CHU Grenoble Alpes
Pr J.L. Bosson, santé publique CHU Grenoble Alpes
Pr B. Polack, hématologie CHU Grenoble Alpes
Dr C. Barro, hématologie CHU Grenoble Alpes
Pr P. Hoffmann, gynécologie obstétrique CHU Grenoble Alpes
Dr JL Lorenzini, hématologie
Dr Ph De Moerloose, hématologie