

Profil épidémiologique des femmes présentant une thrombose veineuse profonde sur grossesse ou en post partum au centre hospitalo-universitaire de Kamenge

Epidemiological profile of women with deep venous thrombosis in pregnancy or postpartum at Kamenge teaching Hospital

Harerimana S¹, Ndirahisha E², Ntukamazina D¹, Bazikamwe S¹, Mamboleo A¹, Sibomana T³.

¹ Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge, Service de gynécologie obstétrique

² Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge; Service de cardiologie

³ Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge; Service de pneumologie

RESUME

But : Contribuer à la prise en charge de la maladie thromboembolique veineuse sur grossesse au centre hospitalo-universitaire de Kamenge.

Malades et méthodes : Notre étude était observationnelle et exhaustive à visée prospective concernait 12 cas colligés au service de Gynécologie obstétrique du centre hospitalo-universitaire de Kamenge durant une période de 4 mois. Etait incluse toute patiente enceinte ou en post partum avec signe de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 28,3 ans. Dix patientes avaient moins de 35 ans. Les primigestes étaient représentées dans 50% des cas. Les patientes sans antécédents ni facteurs de risque représentaient 50% des cas. La thrombophlébite s'est manifestée en post partum chez 58% des patientes. Pendant la période anténatale, les thrombophlébites sont survenues au cours du premier trimestre dans 60% des cas. L'accouchement était par voie basse dans 57% des cas. Les manifestations cliniques en postpartum étaient survenues après 48h dans 86% des cas. La douleur du mollet, la diminution du ballonnement du mollet étaient présents dans 100% des cas. Le diagnostic était à base de l'échographie-doppler des membres inférieurs dans 100% des cas. Le traitement était à base de l'héparine à bas poids moléculaire et/ou anti vitamine K. L'évolution sous traitement était favorable dans 83% des cas. La durée d'hospitalisation était en fonction de l'équilibre du bilan de coagulation.

Conclusion : La grossesse est une situation à risque de la maladie thromboembolique. Il faut toujours y penser au moindre signe de suspicion.

Les mots clés : Thrombophlébite, Grossesse, héparine à bas poids moléculaire, antivitamine K

Abstract

Objective: Contribute to the management of VTE associated with pregnancy during pregnancy and post-partum.

Patients and methods: we conducted an observational prospective study about 12 cases of deep venous thrombosis collected at the Obstetric Gynecology department of the CHUK during a period of 4 months. Was included any patient with signs of deep vein thrombosis of the lower limbs on Doppler ultrasound during pregnancy or in the post-partum.

Results: The average age of our patients was 28.3 years. 10 patients were under 35 years old. Primigest were predominant in 50% of cases. The majority of our patients had neither a history nor risk factors for this condition. 58% of thrombophlebitis occurred in post-partum. 60% of antenatal thrombophlebitis occurred during the first trimester. 57% of pregnant women with DVT gave birth vaginally. 86% of postpartum thrombophlebitis were late. Involvement of the left lower limb was

predominant in 50% of cases. The calf pain, decreased calf sloshing were present in all patients. The diagnosis was based on Doppler ultrasound of the lower limbs in 100% of cases. The treatment has always been medical based on LMWH and AVK. The outcome on therapy was favorable in almost all cases.

Conclusion: Pregnancy is a risky situation for deep venous disease. It should always be considered as such and managed properly.

Key words: thrombophlebitis, AVK, LMWH, postpartum

Introduction

La maladie thromboembolique veineuse (MTEV) constitue une des complications les plus fréquentes au cours de la grossesse et/ou du post-partum. Le risque de survenue de thrombophlébite au cours de la grossesse est de 0,5 à 2,2 pour 1000 grossesses soit un risque 2 à 5 fois supérieur à celui d'une femme non enceinte de même âge [1]. Il est augmenté durant toute la durée de la grossesse et peut être multiplié par 20 en postpartum [2]. Dans les pays développés, la MTEV est l'une des principales causes de mortalité en maternité [1]. Un facteur de risque est retrouvé dans au moins 50% des cas de thrombose veineuse profonde (TVP) au cours de la grossesse. Les principaux facteurs de risques sont les antécédents personnels ou familiaux de MTEV, l'âge supérieur à 35ans, l'obésité, le tabagisme et l'insuffisance veineuse préexistante ainsi que la thrombophilie [3]. D'autres facteurs associés à la grossesse elle-même constituent également des terrains de risques comme les grossesses multiples, la multiparité, l'immobilisation prolongée, la pré-éclampsie ou encore la césarienne et l'hémorragie obstétricale [4-8]. Actuellement, le traitement est à base d'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) et d'anticoagulants oraux [6-9, 10, 11]. Pourtant, les complications de la TVP peuvent être redoutables à court terme (embolie pulmonaire, décès) ou à plus long terme (syndrome post-thrombotique chez 30 à 50 % des patientes) [8, 11]. Cet article a pour but d'aider le praticien à prendre en charge la MTEV sur grossesse au centre hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK).

Malades et méthode

Notre travail était observationnel à visée descriptive réalisé sur une période de trois mois et quatre jours allant du 15 Septembre 2019 au 17 Décembre 2019 dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHUK. Il concernait 12 patientes ayant été hospitalisées pour TVP pendant la grossesse ou en post partum. Les variables analysées étaient l'identité complète de la patiente, mode d'admission en hospitalisation, les antécédents de la patiente, les résultats des examens clinique et paraclinique précisant le terme de la grossesse (le 1^{er} trimestre est à moins de 14SA, le 2^{ème} trimestre entre 14 et 28 SA et le 3^{ème} trimestre à plus de 28SA), les signes fonctionnels, la topographie de la thrombose, le traitement instauré et la surveillance sous traitement incluant son évolution. Le diagnostic de certitude était à base de l'échodoppler veineuse et le bilan de suivi est à base de NFS et TP- INR. Une fiche d'enquête a été le support essentiel de recueil des données. Etait incluse, toute femme admise dans le service de Gynécologie et Obstétrique pour TVP des MI sur grossesse ou en postpartum diagnostiquée à l'échodoppler des MI durant la période de notre étude. Le postpartum était défini comme étant une période allant de l'accouchement jusqu' à 42 jours. Ont été exclues, les femmes avec suspicion clinique de TVP des MI sur grossesse ou du post partum chez qui l'échodoppler faite a exclue la présence de TVP. Les patientes ont

été enrôlées dans cette étude librement et après consentement oral éclairé. L'analyse et traitement des données ont été faits grâce à l'outil informatique Microsoft Word et Excel.

Résultats

Durant la période de notre étude, il y a eu 1343 accouchements. Nous avons recensé 12 patientes présentant une TVP sur grossesse ou en post partum, soit une fréquence de 0,89%. L'âge moyen était de 28,3 ans avec des extrêmes de 19 à 41ans. L'hémorragie obstétricale et l'immobilisation prolongée avaient constitué les facteurs de risque les plus rencontrés avec respectivement 3 (25%) cas et 2 (17%) cas sur 12. Le membre inférieur gauche était plus atteint avec 6 (50%) cas. Parmi les 7 accouchements, la TVP était survenue chez 4 patientes (57% des cas) après accouchement par voie basse et 3 patientes (43% des cas) après césarienne. Sur 5 cas de TVP survenues au cours de la grossesse, 3 étaient présentes au premier trimestre, soit 60% des cas. Parmi les 12 patientes, 9 (75% des cas) provenaient de l'intérieur du pays par manque de moyens de prise en charge localement. Les manifestations cliniques thromboemboliques en post partum étaient d'apparition tardive après 48h dans 86% des cas. La douleur et la tuméfaction du mollet étaient présentes chez toutes les patientes (100% des cas) comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif (n=12)	Pourcentage
Pesanteur membre inférieur	9	75
Douleurs membre inférieur	10	83

Paresthésie membre inférieur	du 3	25
Tuméfaction mollet	du 11	92
Douleurs du mollet	12	100
Absence de ballotement du mollet	de 12	100

Le diagnostic positif était fait grâce à l'échographie-Doppler des membres inférieurs dans 100% des cas. Les données biologiques de surveillance thérapeutique et le suivi des patientes étaient notamment NFS, TP-TCA-INR. Le traitement était médical à base d'héparine à bas poids moléculaire (HBPM) dans 100% des cas. Le relais après accouchement était à base des Antivitamines K (Sintron®) pour toutes les patientes. Aucune patiente n'a bénéficié de bas de contention. L'évolution était favorable dans la majorité des cas. Un cas de récurrence nécessitant le réajustement des doses ainsi qu'un cas de manifestation hémorragique dues à des doses élevées d'anticoagulants.

Discussion

Durant la courte période de 8 mois d'étude, nous avons pu enregistrer 12 cas de TVP parmi 1343 femmes enceintes ou en postpartum, soit une fréquence de 0,89%. Ce chiffre ne reflète pas la vraie incidence des TVP dans notre hôpital car la majorité de nos patientes étaient transférées des autres hôpitaux ne relevant pas de notre aire d'attraction. Selon le Journal Canadien des Gynécologues Obstétriciens [8], l'incidence de TVP des MI est de 12,1 pour 10000 et celle de l'embolie pulmonaire (EP) de 5,4 pour 10000 chez les femmes enceintes. Elle est de 107 pour 100000 selon l'étude fait au Royaume Uni en 2012 [8]. Au Danemark, dans

une étude de cohorte de 1995 au 2005, le risque était de 107 pour 100000 pendant la grossesse et de 175 pour 100000 en postpartum [8]. O'Connor [9], dans son étude en 2011, a trouvé l'incidence de 0,22%. Dans notre série l'âge moyen était de 28,3 ans avec les extrêmes de 19 et 41 ans et la majorité de nos patientes avait moins de 35 ans. Selon O'Connor [9], l'âge moyen était de 33 ans avec des extrêmes de 13 et 41ans. Dans la littérature on trouve que le risque de thrombose veineuse profonde est multiplié par 2 et celui d'embolie pulmonaire par 3 si la femme a plus de 35 ans [2].

Le postpartum était beaucoup plus à risque que l'antépartum avec 7 cas donc 58%. Le premier trimestre prédominait par rapport aux autres trimestres avec 3 (60%) cas sur 5. Selon O'Connor (9), plus de la moitié des événements 38 (51,6%) sont survenus au cours de la période du post-partum. Parmi les cas de thrombophlébites qui se sont manifestés pendant la grossesse, 60% sont survenues au premier trimestre, 20% au deuxième et troisième trimestre chacun. Selon O'Connor 47% des manifestations étaient survenues au 3^{ème} trimestre. Plusieurs auteurs ont trouvé que le risque pendant la grossesse augmente avec le terme ; et que le postpartum est beaucoup plus à risque que l'antépartum [5, 7-10].

L'atteinte du membre inférieur gauche (MIG) seul était prédominant dans 6 cas sur 12 donc 50%. Selon la littérature, les thromboses veineuses profondes des membres inférieurs surviennent environ six à sept fois plus souvent à gauche qu'à droite. Selon O'Connor, Parmi les 40 TVP, 23 (57,5%) sont survenues du côté gauche, 14 (35%) du côté droit, et trois (7,5%) étaient bilatérales [9]. Pour Chan W-S et al, cela est du fait de la compression de la veine iliaque gauche par l'artère iliaque et par l'utérus gravide. Pour d'autres la cause réelle est inconnue [8, 9, 12].

Les primigestes étaient prédominantes chez 50% des cas suivies par les multigestes dans 33% puis les paucigestes dans 17% des cas. D'après Chan W-S et al. [8], la multiparité augmente le risque de survenue des MTEV. Selon O'Connor [9], la multiparité fait partie des facteurs de risque. Les antécédents comme les hémorragies obstétricales, l'immobilisation prolongée, obésité ainsi que les antécédents familiaux et insuffisance veineuse étaient retrouvés chez les patientes avec TVP. Sanchez O et al ainsi que plusieurs autres auteurs ont incriminé les antécédents de MTEV, la sédentarité, l'hémorragie, l'obésité avec $IMC \geq 30$, varices, les antécédents de thrombophlébite dans la survenue des MTEV [1, 6-8, 10, 11]. Les signes cliniques les plus fréquents étaient la douleur, la tuméfaction du MI, pesanteur et absence de ballotement du mollet. La plupart de ces signes sont aussi évoqués par d'autres auteurs avec le score Wells [6-8, 12]. Le diagnostic de certitude était fait par l'échodoppler des MI dans 100% des cas. Il est recommandé de confirmer le diagnostic de TVP des membres inférieurs par une échographie veineuse [2, 6-8]. Le contrôle biologique est recommandé surtout pour le suivi et la surveillance du traitement. Le traitement était à base d'HBPM pendant la grossesse avec relais par les AVK notamment Sintrom Cp en postpartum. Selon Sanchez O et al, il est recommandé l'utilisation des HBPM ou les HNF en antépartum avec relais par Warfarine qui ne passe pas dans le lait maternel après accouchement [6, 8]. La dose de l'héparine est fonction de poids et celle des AVK fonction de l'INR [6-8, 13, 14]. La fenêtre thérapeutique de 24h était observée avant l'accouchement et le relais par les AVK à J1 du postpartum. GIRBEA A et al, recommandent une fenêtre thérapeutique de 24 h si la patiente était sous HBPM dose thérapeutique et moins de 12h si elle était sous HNF ; raison pour laquelle la plupart des auteurs cherchent à réduire cet intervalle de temps sans anticoagulant et

recommandent la mise sous HNF surtout au 3e trimestre [6, 7, 12-4].

En postpartum, le traitement des TVP était à base d'HBPM associées aux AVK pendant au moins 5 jours puis poursuivi par antivitamine K seul. Cela est conforme aux recommandations de 2013 de société européenne de cardiologie sur l'embolie pulmonaire et des sociétés savantes qui suggèrent la mise sous HBPM et AVK au début du traitement pendant 5 jours puis AVK seul à base de Warfarine pendant 3 mois [7, 12-14].

La surveillance du traitement était basée sur les données cliniques ainsi que les bilans biologiques et échographiques. Dans notre série, l'échodoppler de suivi était faite tous les 3 mois sous contrôle des plaquettes une fois le mois pendant la grossesse. Les TP- INR étaient contrôlés pour équilibrer le traitement. Selon Sprynger M, dans la revue médicale de Liège de 2020, en cas de prise d'AVK, le suivi biologique sera, bien sûr, plus rapproché (INR à stabiliser le plus rapidement possible entre 2 et 3) [12]. Selon O. Sanchez et al., il faut poursuivre pendant au moins 5 jours soit l'HNF, soit l'HBPM ou le fondaparinux en association avec les AVK et de les arrêter lors que deux INR à 24 heures d'intervalles sont compris entre 2 et 3. Il faut contrôler l'INR toutes les 3 ou 4 semaines après la période d'équilibration du traitement aux AVK seuls [6].

Conclusion

La grossesse est une situation à risque de maladie thromboembolique veineuse. Il faut toujours la considérer comme telle et la prendre convenablement en charge. Un traitement adapté à toutes les chances de ralentir voir de stopper son évolution.

Références

1. Horellou M-H, Plu-Bureau G, Lepercq J. Maladie thrombo-embolique

- veineuse et grossesse. La Revue de Médecine Interne. 2015;36(3):219-24.
2. Cornu-Thénard A, Moyou-Mogo R, Boivin P, de Laigue-Arifi V. Affections veineuses, grossesse et compression médicale des membres inférieurs. Phlébologie. 2014; 67(2):41-9.
3. James AH, Jamison MG, Brancazio LR, Myers ER. Venous thromboembolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, risk factors, and mortality. American journal of obstetrics and gynecology. 2006; 194 (5):1311-5.
4. Bikdeli B, Chatterjee S, Desai NR, Kirtane AJ, Desai MM, Bracken MB et al. Inferior vena cava filters to prevent pulmonary embolism: systematic review and meta-analysis. Journal of the American College of Cardiology. 2017;70(13):1587-97.
5. Chauleur C, Gris J-C, Seffert P, Mismetti P. Actualités sur les facteurs de risque et la prévention des complications thrombotiques de la grossesse. Gynécologie obstétrique & fertilité. 2012;40(5):301-7.
6. Sanchez O, Benhamou Y, Bertolotti L, Constant J, Couturaud F, Delluc A, et al. Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la maladie veineuse thromboembolique chez l'adulte. Version courte. Revue des maladies respiratoires. 2019; 36(2):249-83.
7. Nelson-Piercy C, MacCallum P, Mackillop L. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium Green-top Guideline No. 37a 2015. 2019.
8. Chan W-S, Rey E, Kent NE, Corbett T, David M, Douglas MJ, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. Journal of obstetrics and gynaecology Canada. 2014; 36 (6):527-53.
9. O'Connor, David J Scher, Larry A Gargiulo. Incidence et caractéristiques de la maladie veineuse thromboembolique au cours de la grossesse et de

- la période post-natale: Une série contemporaine. *Annales de Chirurgie Vasculaire*. 2011; 25 (1):10-16.
10. Doyle NM, Monga M. Thromboembolic disease in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2004; 31(2):319.
 11. Delahaye F. Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur l'embolie pulmonaire. *Réalités Cardiol*. 2013:1-16.
 12. Girbea A, Sprynger M, Moonen M, Lancellotti P. Comment je traite... par anticoagulants la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs après la phase aiguë. *Revue médicale de Liège*. 2020;75(4):203-9.
 13. Chauleur C, Raia T, Gris J-C. Antithrombotic therapy and pregnancy. *Presse médicale*. 2013;42(9):1251.
 14. Hermans C. Traitement anticoagulant de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs en 2018. *Louvain médical*. 2018;137:337.