

ANTICOAGULATION GROSSESSE et PÉRIPARTUM

HAWA KEITA-MEYER



SERVICE D'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE ET OBSTÉTRICALE HÔPITAL NECKER ENFANTS MALADES, PARIS

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

Middeldorp S. Hamostaseologie 2022. RCOG. Green-top Guidelines 2015



VS



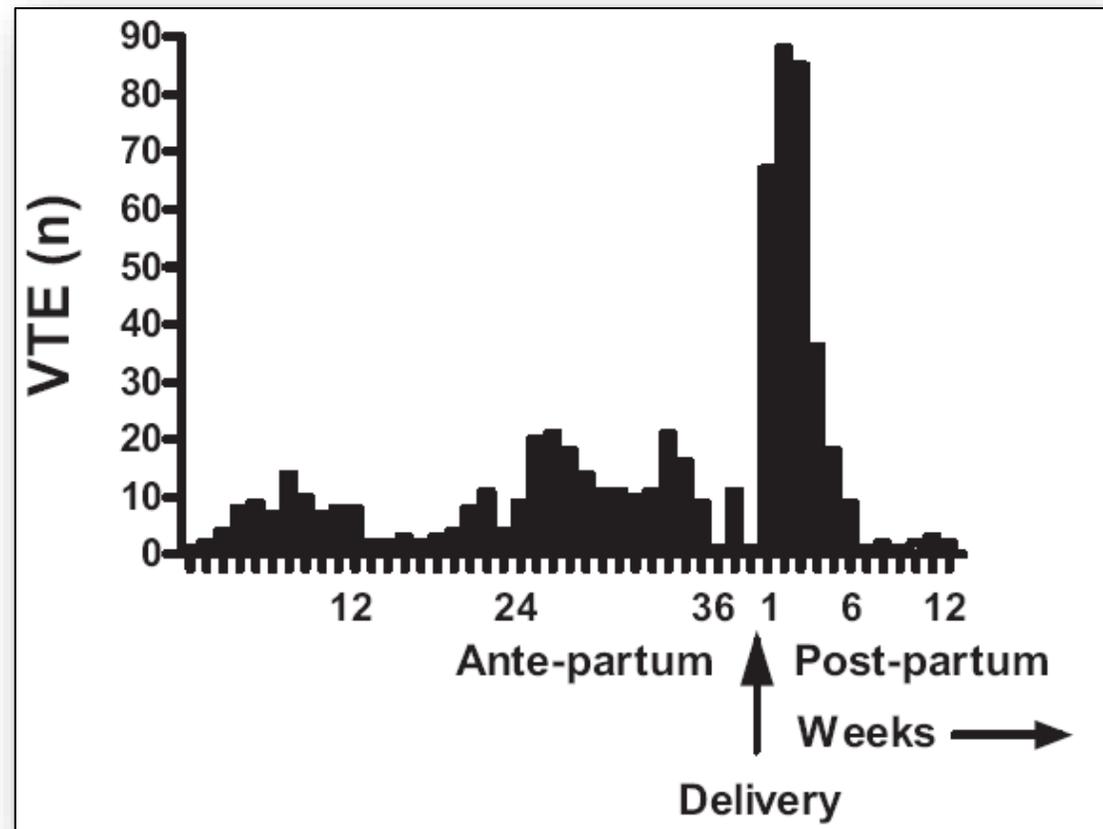
GROSSESSE → MTEV X 5
POSTPARTUM → RR MTEV X 10

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

James AH. Hematology 2009

Incidence ETV : 1 / 1000 grossesses. X 2 – 5 en postpartum vs antépartum

Jacobsen AF AJOG 2008



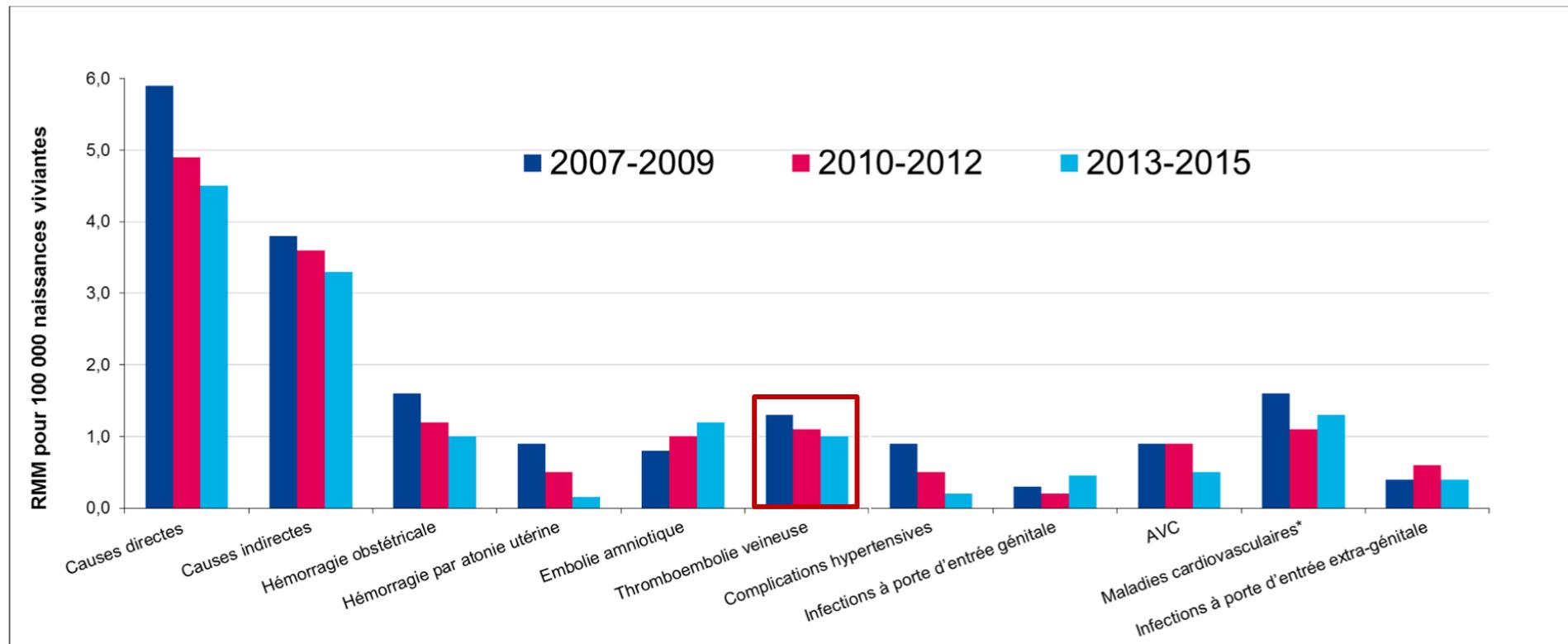
MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) GROSSESSE

« Mortalité maternelle »

Rapport CNEEM 2013-2015

MTEV = 4^{ÈME} CAUSE DE DC MATERNEL EN 2013-2015 (22%)

Évolution de la mortalité maternelle par cause de décès sur 9 ans, RMM triennaux, France entière 2007-2015, données ENCMM

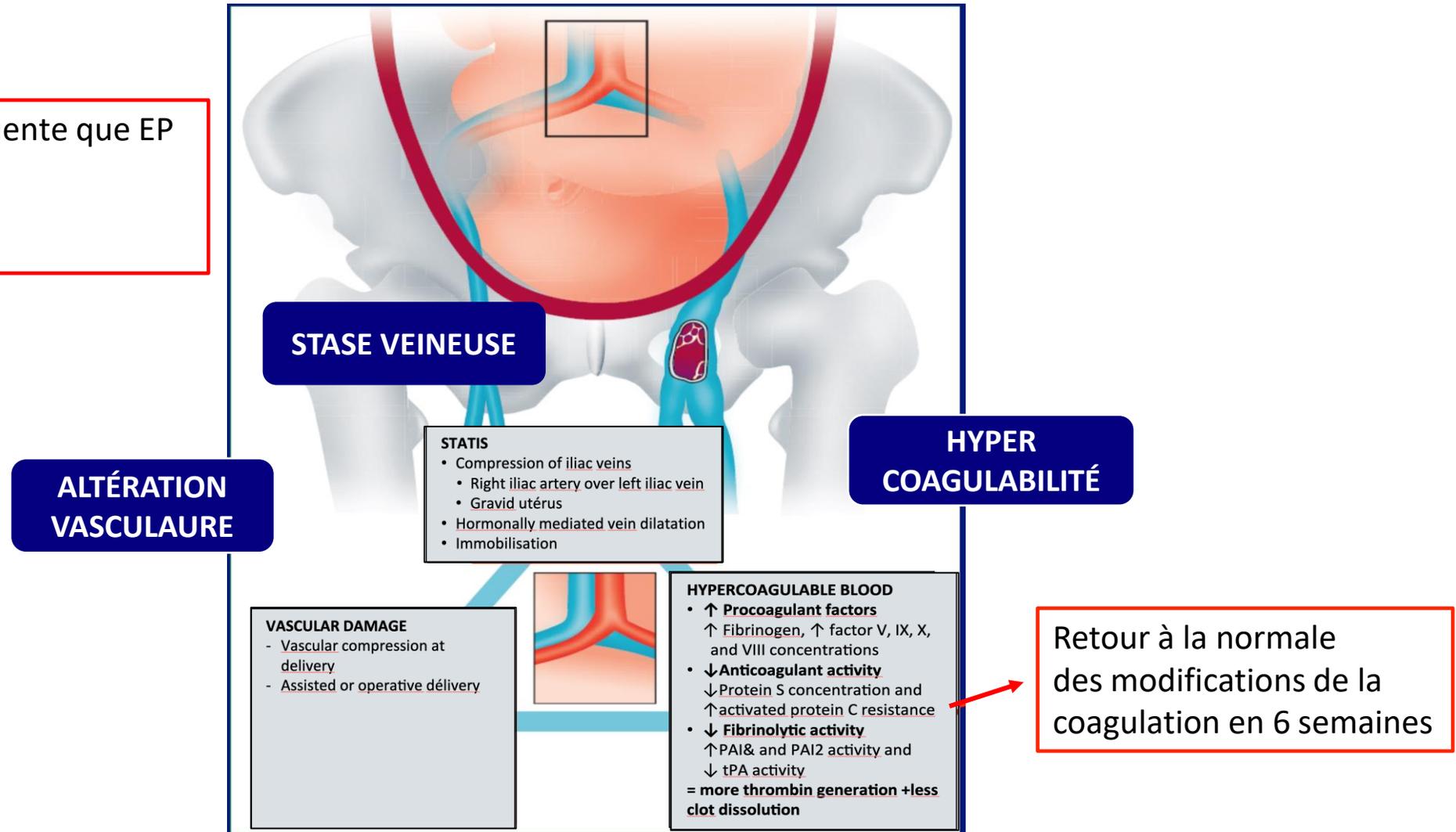


Note : * Y compris cardiomyopathie du péripartum.

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Triade de Virchow »

- Incidence TVP 3 x + fréquente que EP
- 85% du côté gauche
- TV pelvienne isolée



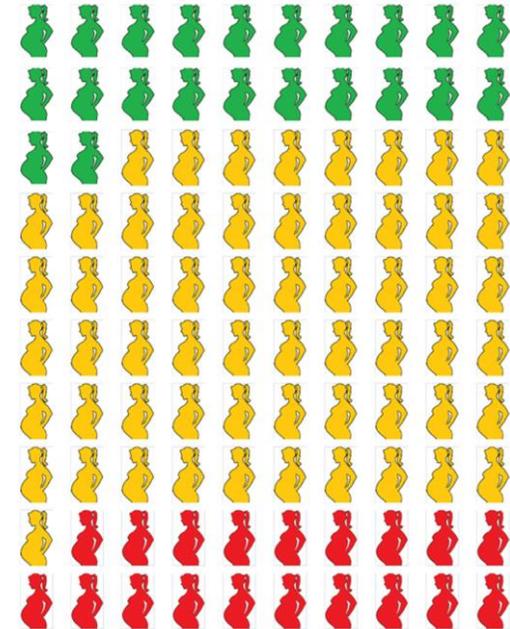
MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

RCOG. Green-top Guidelines 2015

RISQUE ABSOLU ETV GROSSESSE FINALEMENT FAIBLE = 1 ‰ - 2 ‰ GROSSESSES/AN

STRATIFICATION!

Thromboprophylaxie pharmacologique pour qui ??



MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Facteurs de risque individuel »

Prévention maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale - RPC SFAR 2005

Catégories de risque de MTEV maternelle au cours de la grossesse et du post-partum, et après césarienne (modifié à partir de la conférence de consensus « Thrombophilie et grossesse 2003 »)

Risque majeur	Antécédent de MTEV multiples Malades traitées au long cours par anticoagulants avant la grossesse pour un épisode de MTEV en rapport avec une thrombophilie
Risque élevé	Antécédent de MTEV, sans facteur de risque retrouvé Antécédent de MTEV associé à l'un des facteurs biologiques de risque suivants : <ul style="list-style-type: none"> • déficit en AT^a, SAPL^a • mutation homozygote isolée 20210 A ou FV Leiden • anomalies hétérozygotes combinées^a (surtout mutation 20210 A + Leiden hétérozygote)
Risque modéré	Antécédent de MTEV lors d'une grossesse antérieure ou au cours d'un traitement estrogénique Antécédent de MTEV, avec facteur déclenchant temporaire lors de l'épisode antérieur Antécédent de MTEV avec facteur biologique de risque (autre que ceux cités ci-dessus) Présence d'un des facteurs biologiques de risque, asymptomatique et dépisté dans le cadre d'une MTEV familiale, surtout si : <ul style="list-style-type: none"> • déficit en AT^a, SAPL^a • mutation homozygote isolée 20210 A ou FV Leiden • anomalies hétérozygotes combinées^a (surtout mutation 20210 A + Leiden hétérozygote)
Risque faible	Césarienne en urgence Césarienne et chirurgie pelvienne majeure associée Présence de ≥ trois facteurs de risque faible Aucun facteur de risque ou présence de < trois facteurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> • âge > 35 ans, obésité (IMC > 30 ou poids > 80 kg), varices, HTA • facteurs obstétricaux : césarienne, multiparité > 4, prééclampsie, alitement strict prolongé, hémorragie du post-partum, etc.) maladie thrombogène sous-jacente (syndrome néphrotique, MICI en poussée, infection intercurrente systémique, etc.)

^a Pour les formes asymptomatiques de SAPL et de déficit en antithrombine, l'évaluation du risque est établie au cas par cas selon notamment l'importance des antécédents familiaux. IMC : indice de masse corporelle ; MICI : maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

FDR non pris en compte
 - Terrain: LED , diabète
 - Péripartum : HPP, transfusion, alitement, infection

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Facteurs de risque individuel »

RCOG. Green-top Guidelines 2015

EN ANTÉPARTUM

- ATCD MTEV sauf si dans contexte de chirurgie majeure

RISQUE ÉLEVÉ

- Hospitalisation
- ATCD MTEV en contexte de chirurgie majeure
- Comorbidités médicales ex: cancer, insuffisance cardiaque, LED active, pathologie dig inflam ou polyarthropathie inflam, synd néphrotique, diabète type 1 avec néphropathie, drépanocytose, toxicomanie IV...
- Chirurgie ex: appendicectomie
- Syndrome hyperstimulation ovarienne (seulement si 1^{er} Trim)

RISQUE MODÉRÉ

- Obésité (IMC > 30 kg/m²)
- Age > 35 ans
- Parité ≥ 3
- Tabagisme
- Varices importantes
- Prééclampsie
- Immobilité ex paraplégie, douleur pelvienne avec mobilité réduite
- ATCD familial 1^{er} degré MTEV spontanée ou œstrogène-induite
- Thrombophilie à bas risque
- Grossesse multiple
- FIV/PMA

FDR transitoires: déshydratation/hyperémèse, infection systémique, voyage long (> 4h)

RISQUE FAIBLE
SI ≥ 3 FDR,
thromboprophylaxie à adapter

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Facteurs de risque individuel »

RCOG. Green-top Guidelines 2015

EN POSTPARTUM

- ATCD MTEV sauf si dans contexte de chirurgie majeure
- HBPM en anténatal
- Thrombophilie à haut risque
- Thrombophilie à bas risque + ATCD familiaux

RISQUE ÉLEVÉ

- Césarienne en cours de travail
- IMC ≥ 40 kg/m²
- Réhospitalisation/Hospitalisation prolongée (≥ 3 j) en antépartum
- Chirurgie en postpartum sf réfection périnée pathologie
- Comorbidités médicales ex: cancer, insuffisance cardiaque, LED active, pathologie dig inflam ou polyarthropathie inflam, synd néphrotique, diabète type 1 avec néphropathie, drépanocytose, toxicomanie IV...

RISQUE MODÉRÉ

- Obésité (IMC > 30 kg/m²)
- Age > 35 ans / Parité ≥ 3 / Tabagisme
- Césarienne programmée
- Varices importantes
- Infection systémique actuelle
- Prééclampsie actuelle
- Immobilité ex paraplégie, douleur pelvienne avec mobilité réduite
- Thrombophilie à bas risque
- Grossesse multiple
- Accouchement prématuré (< 37 SA) / Accouchement instrumenté
- MFIU / Travail prolongé (> 24 h)
- HPP > 1 l ou transfusion sanguine

RISQUE MODÉRÉ
Si ≥ 2 FDR

RISQUE FAIBLE
Si < 2 FDR

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Facteurs de risque individuel »

RCOG. Green-top Guidelines 2015

SCORE TOTAL DE RISQUE
↓
+/- THROMBOPROPHYLAXIE

FRD pré-existants	Score
ATCD MTEV (sauf si dans contexte de chirurgie majeure)	4
ATCD MTEV provoquée par une chirurgie majeure	3
Thrombophilie à haut risque	3
Comorbidités médicales ex: cancer, insuf card, LED active, pathologie dig inflam ou polyarthropathie inflam, synd néphrotique, diabète type 1 avec néphropathie, drépanocytose, toxicomanie IV...	3
ATCD familial 1 ^{er} degré MTEV spontanée ou œstrogène-induite	1
Thrombophilie à bas risque (pas d'ETV)	1 ^a
Âge (> 35 ans)	1
Obésité	1 ou 2 ^b
Parité ≥ 3	1
Tabagisme	1
Varices importantes	1
FDR obstétricaux	
Pré-éclampsie en cours	1
FIV/PMA (en anténatal seulement)	1
Grossesse multiple	1
Césarienne en cours de travail	2
Césarienne programmée	1
Accouchement instrumenté	1
Travail prolongé (> 24 heures)	1
HPP (> 1 litre or transfusion)	1
Accouchement prématuré < 37+0 sem	1
MFIU	1
FDR transitoires	
Chirurgie pdt la grossesse ou en postpartum isf réfection périnée ex appendicectomie, ligature trompe	3
Hyperémèse	3
Syndrome de stimulation ovarienne (1er trimestre seulement)	4
Infection systémique en cours	1
Immobilité, déshydratation	1

^b IMC ≥ 30 = 1; IMC ≥ 40 = 2

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Thrombophilie héréditaire »

Middeldorp S. Hamostaeologie 2022
Hart C. Hamostaseologie 2020

50% MTEV PDT GROSSESSE → THROMBOPHILIE HÉRÉDITAIRE

DÉFICIT THROMBOPHILIQUE HÉRITÉ	INCIDENCE POPULATION GÉNÉRALE (%)	RR ESTIMÉ PDT GROSSESSE OR (95%IC)	RISQUE ABSOLUE MTEV, % DE GROSSESSE (95%IC) ATCD FAMILIAUX / PAS ATCD FAMILIAUX	
Hétérozygote FVL	2.0–7.0	8.3 (5.4–12.7)	3.1 (2.1–4.6)	1.2 (0.8–1.8)
Homozygote FVL	0.2–0.5	34.4 (9.9–120)	14.0 (6.3–25.8)	4.8 (1.4–16.8)
Hétérozygote MG20210A Prot	2.0	6.8 (2.5–18.8)	2.6 (0.9–5.6)	1.0 (0.3–2.6)
Homozygote MG20210A Prot	Très rare	26.4 (1.2–559)	-	3.7 (0.2–78.3)
AT	<0.1–0.6	4.7 (1.3–17)	3.0 (0.08–15.8)	0.7 (0.2–2.4)
Protéine C	0.2–0.3	4.8 (2.2–10.6)	1.7 (0.4–8.9)	0.7 (0.3–1.5)
Protéine S	<0.1–0.1	3.2 (1.5–6.9)	6.6 (2.2–14.7)	0.5 (0.2–1.0)

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Prévention »

Ewins K. RPTH 2020

ATCD MTEV OU THROMBOPHILIE



Antepartum

Postpartum

- MTEV non provoquée
- MTEV provoquée par œstrogène/grossesse
- Thrombophilies à haut risque (ATCD Fx MTEV++)

- MTEV provoquée par facteur majeur transitoire et non hormonal
- Certaines thrombophilies

ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

« Considérations materno-foetales »

Ewins K. RPTH 2020
RCOG. Green-top Guidelines 2015

WARFARIN (AVK)



MATERNELLES

FCETALES/ NÉONATALES

PASSAGE PLACENTAIRE



- FCS
- Hémorragie maternelle
- Pas de passage dans lait maternel

Exposition entre 6-9 SA / dose dépendance → Tératogénicité / Embryopathie (5%) microcéphalie, agénésie corp calleux, hypoplasie nasale, malformations cardiaques, épiphyse ponctuée, segment proximaux membres courts, ...

Après 9 SA → Anomalies du SNC (1-2%)
→ MFIU
→ Hémorragie foetale (intracânienne)

- CI ANTÉPARTUM*/ POSSIBLE EN POSTPARTUM

* POSSIBLE EN CAS DE VALVES CARD MÉCANIQUES (dose ≤ 5 mg/j)

ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

« Considérations materno-fœtales »

Ewins K. RPTH 2020
RCOG. Green-top Guidelines 2015

AOD



MATERNELLES

FŒTALES/ NÉONATALES

PASSAGE PLACENTAIRE



- Risque de saignement placentaire
- FCS
- Passage dans lait maternel

Risque saignement fœtal → Saignement intracrânien
Risque tératogène mal évalué mais probable

- **CI PDT GROSSESSE**
- **POSTPARTUM POSSIBLE EN L'ABSENCE D'ALLAITEMENT**

ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

« Considérations materno-fœtales »

Ewins K. RPTH 2020
RCOG. Green-top Guidelines 2015



MATERNELLES

HNF / HBPM

FCÉTALES/ NÉONATALES



- Pas d'augmentation risque d'HPP sévère
- moins de risque TIH avec HBPM
- Risque potentiel ostéoporose surtout si HNF pls mois

SANS RISQUE

- HBPM** ➤ AGENT DE CHOIX EN ANTÉ ET POSTPARTUM = SÉCURITÉ/EFFICACITÉ
- HNF** ➤ ½ VIE + COURTE / MEILLEURE RÉVERSION PAR PROTAMINE
- INTÉRÊT SI CI HBPM (IR SÉVÈRE) / MTEV SURVENUE PROXIMITÉ DU TERME...

ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

« Considérations materno-fœtales »

Ewins K. RPTH 2020
RCOG. Green-top Guidelines 2015

FONDAPARINUX



MATERNELLES

FŒTALES/ NÉONATALES

PASSAGE PLACENTAIRE (faible = 10^{ème} dose)



- Pas de saignement majeur
- Complications obstétricales (avortements spontanés++)

Pas d'effet observé

INDICATION

- INTOLÉRANCE À L'HÉPARINE
-  ½ VIE LONGUE (18H)...

ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

« Considérations materno-fœtales »

Ewins K. RPTH 2020
RCOG. Green-top Guidelines 2015

DANAPAROÏDE



MATERNELLES

FŒTALES/ NÉONATALES

PASSAGE FŒTALE



- Pas de saignement majeur
- Pas/peu passage lait maternel

Pas d'effet observé

INDICATION

- TIH / INTOLÉRANCE-ALLERGIE À L'HÉPARINE
-  ½ VIE LONGUE (24H)... CI APM

ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

« Impact modifications physiologiques »

Hémodilution / hypoprotidémie / ↑ Filtration glomérulaire

- ↑ VOLUME PLASMATIQUE ↑ volume distribution médicament
↓ pic et concentration à l'équilibre
- ↓ CONCENTRATION ALBUMINE ↑ fraction libre médicaments
- ↑ DS RÉNAL ET DF GLOMÉRULAIRE ↑ clairance/élimination médicaments



**MAIS
AU
FINAL**

HBPM: traitement curatif pendant la grossesse comme en dehors de la grossesse

- 1 ou 2 inj/j selon schéma d'utilisation validé hors grossesse
- Dose adaptée au poids de début de grossesse
- Pas de surveillance activité anti-Xa (sf cas particulier)

ANTICOAGULATION ET GROSSESSE

« Prévention MTEV »

RCOG. Green-top Guidelines 2015

HBPM: doses suggérées en thromboprophylaxie en anténatal et postpartum

POIDS	ENOXAPARINE	DALTÉPARINE	TINZAPARINE (75 U/KG/ JOUR)
< 50 kg	20 mg / j	2500 UI / j	3500 UI / j
50–90 kg	40 mg / j	5000 UI / j	4500 UI / j
91–130 kg	60 mg / j *	7500 UI / j	7000 UI / j *
131–170 kg	80 mg / j *	10 000 UI / j	9000 UI / j *
> 170 kg	0,6 mg / kg / j *	75 UI / kg / j	75 UI / kg / j
Prophylaxie dose renforcée pour les femmes entre 50–90 kg	40 mg / 12 h	5000 UI / 12 h	4500 UI / 12 h

* Peut être donné en 2 doses fractionnées

- Poids = poids de début de grossesse
- Pas de donnée sur doses appropriées pour femmes enceintes obèses
- Pas de surveillance activité anti-Xa
- Pas de surveillance systématique plaquettes
- ↓ doses si cl creat < 30 ml/min (enoxiparine/dalteparine) ou < 20 ml/min (tinzaparine)

ANTICOAGULATION ET GROSSESSE

« Prévention MTEV »

RCOG. Green-top Guidelines 2015

Synthèse recommandations thromboprophylaxie chez les femmes avec ATCD de MTEV et/ou thrombophilie.

NIVEAU DE RISQUE	CONTEXTE	RECOMMANDATION
TRÈS HAUT RISQUE	ATCD ETV sous ATG oraux au long cours	HBPM dose prophylactique renforcée jusqu'à 6 sem PP ou jusqu'au relais AVK
	- Déficit AT - SAPL + ATCD ETV	PEC par spécialiste hémostasie + obstétricien
HAUT RISQUE	ATCD ETV (hors chir majeure)	HBPM prophylactique jusqu'à 6 sem PP
RISQUE INTERMÉDIAIRE	- Thrombophilie à haut risque asymptomatique - Déficit FVL/ combiné avec déficit hétérozygote prot C ou S	- Référer au spécialiste - Discuter HBPM en anténatal - HBPM dose prophylactique renforcée jusqu'à 6 sem PP
	ATCD ETV en contexte de chirurgie majeure sans thrombophilie, ATCD fx ou fact de risque	- Discuter HBPM en anténatal (non recommandé en routine) - HBPM prophylactique de 28 SA à 6 sem PP
FAIBLE RISQUE	Thrombophilie asymptomatique (MG20210A Prot ou FVL)	- Considérer comme un FDR et établir un score. - HBPM prophylactique en PP 10 j (si autres FDR PP) ou 6 sem (si ATCD Fx)

MALADIE THROMBO-EMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) ET GROSSESSE

« Facteurs de risque individuel »

RCOG. Green-top Guidelines 2015

- **Score total ≥ 4** en anténatal :
thromboprophylaxie dès le 1^{er} trimestre.

- **Score total > 3** en anténatal :
thromboprophylaxie dès 28 semaines.

- **Score total ≥ 2** en postnatal,
thromboprophylaxis pour 10 jours.

- **Hospitalisation** en anténatal envisager
une thromboprophylaxie

- **Hospitalisation prolongée** (≥ 3 j) ou
réadmission en postpartum envisager une
thromboprophylaxie

^a Si thrombophilie à bas risque chez une femme avec ATCD familial au 1^{er} degré d'ETV, la thromboprophylaxie à poursuivre pendant 6 semaines.

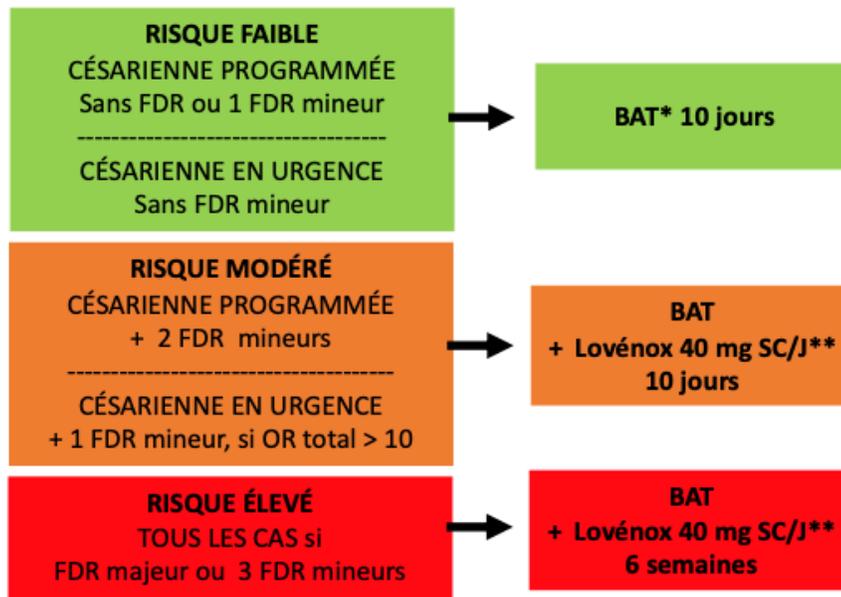
^b IMC ≥ 30 = 1; IMC ≥ 40 = 2

FRD pré-existants	Score
ATCD MTEV (sauf si dans contexte de chirurgie majeure)	4
ATCD MTEV provoquée par une chirurgie majeure	3
Thrombophilie à haut risque	3
Comorbidités médicales ex: cancer, insuf card, LED active, pathologie dig inflam ou polyarthropathie inflam, synd néphrotique, diabète type 1 avec néphropathie, drépanocytose, toxicomanie IV...	3
ATCD familial 1 ^{er} degré MTEV spontanée ou œstrogène-induite	1
Thrombophilie à bas risque (pas d'ETV)	1 ^a
Âge (> 35 ans)	1
Obésité	1 ou 2 ^b
Parité ≥ 3	1
Tabagisme	1
Varices importantes	1
FDR obstétricaux	
Pré-éclampsie en cours	1
FIV/PMA (en anténatal seulement)	1
Grossesse multiple	1
Césarienne en cours de travail	2
Césarienne programmée	1
Accouchement instrumenté	1
Travail prolongé (> 24 heures)	1
HPP (> 1 litre or transfusion)	1
Accouchement prématuré < 37+0 sem	1
MFIU	1
FDR transitoires	
Chirurgie pdt la grossesse ou en postpartum isf réfection périnée ex appendicectomie, ligature trompe	3
Hyperémèse	3
Syndrome de stimulation ovarienne (1er trimestre seulement)	4
Infection systémique en cours	1
Immobilité, déshydratation	1

PROTOCOLE DE PRÉVENTION DE LA MALADIE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUSE (MTEV) APRÈS CÉSARIENNE

FACTEURS DE RISQUE DE MTEV APRÈS CÉSARIENNE	Odds-Ratio ajusté (OR)
Facteurs de risque majeur (OR > 10)	
Antécédent thromboembolique avec ou sans thrombophilie sous-jacente	> 20
Thrombophilie asymptomatique à haut risque (a)	> 20
Syndrome des antiphospholipides symptomatique	> 20
Immobilité prolongée et complète	11
Hémorragie du post-partum nécessitant un acte chirurgical	12
Drépanocytoses majeurs (SS, SC et S β-thalassémique) (Préconisation centre Necker)	-
Facteurs de risque mineurs (OR < 10)	
Age > 35 ans	1,4
Obésité (IMC > 30) ou poids > 120 kg	4
Parité > 3	2
Tabagisme (>10cigarettes/j avant ou pendant la grossesse)	3
Varices importantes	2
Cardiopathie majeure	7
Lupus érythémateux disséminé	8
Maladie inflammatoire de l'intestin	4
Thrombophilie asymptomatique à bas risque (c)	3
Anémie pendant la grossesse ou hémorragie pendant grossesse	3
Grossesse obtenue par PMA	4
Pré-éclampsie	3
Pré-éclampsie grave ou avec RCIU	4
Grossesse multiple	4
Accouchement prématuré < 37 SA	3
Césarienne urgente	3
Hémorragie grave du post-partum (saignement > 1 l et/ou transfusion)	3
Infection du post-partum	4

CÉSARIENNE ET THROMBOPROPHYLAXIE



*BAT = Bas antithrombose; ** Si > 90 kg, passer à Lovénox 60 mg SC /J

(a) Thrombophilie asymptomatique à haut risque : déficit en antithrombine, mutation du facteur V Leiden homozygote, mutation de la prothrombine G20210A homozygote déficit combiné.

(b) 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.

Références:

- [1] Bates SM et al. Chest 2012;141:e691S-736S.
- [2] Samama CM, et al. Ann Fr Anesth Reanim 2005;24:853-61.
- [3] Royal College of Obstetricians, Gynaecologists (RCOG). 2015
- [4] Chan WS et al. J Obstet Gynaecol Can 2014; 36: 527-53

ANTICOAGULATION ET GROSSESSE

« Traitement »

Mahé I . Revue des Maladies Respiratoires 2019

EN ANTÉPARTUM

- Traitement curatif par HBPM pendant la grossesse comme en dehors de la grossesse
- Poids = poids de début de grossesse ou lors ETV
- En 1 +++ ou 2 inj / j
- Pas de surveillance activité anti-Xa sf si < 50 kg ou > 90 kg....
- Pas de surveillance systématique des plaquettes

EN POSTPARTUM

- Relais HBPM par AVK au 2^{ème} – 3^{ème} j si AVB voire 4^{ème}-5^{ème} j si césarienne

ANTICOAGULATION ET GROSSESSE

« Gestion pour l'APM »

*Blocs périmédullaires chez l'adulte. RPC SFAR 2006
 Protocoles CARO 2020
 Leffert L. Anesth Analg 2018*

	HBPM	HNF*	AVK	NACO
Délai entre: administration ATG et ponction périmédullaire ou retrait KT	10 à 12h si 1/j 24h si 2/j	12h si SC 4h si IV	Pas de délai mais vérifier INR < 1,5	CI
Délai entre: ponction périmédullaire ou retrait KT et administration ATG	4 à 12h 24h si APD traumatique	6 à 8h > 8h si APD traumatique	Pas de délai mais vérifier INR < 1,5	CI

* Les délais peuvent être raccourcis sous couvert d'un TCA normal.

ANTICOAGULATION ET GROSSESSE

« Contre-indications / Précautions d'emploi HBPM »

RCOG. Green-top Guidelines 2015

HBPM CI/Précautions

- Trouble hémostasie connu (ex hémophilie, MWD ou coagulopathie acquise)
- Saignement actif en anténatal ou postpartum
- Situation à risque de saignement majeur (ex placenta praevia/accreta)
- Thrombopénie (plaq < 75 G/l)
- AVC < 4 sem (hémorragique ou ischémique)
- Pathologie rénale sévère (DFG < 30 ml/minute/1,73m²)
- Pathologie hépatique sévère
- HTA incontrôlée (PA > 200 mmHg systol or > 120 mmHg diastol)

ANTICOAGULATION ET GROSSESSE

CONCLUSION

- Grossesse → incidence MTEV X 4
- Surrisque thromboembolique → jusqu'à 6-10 sem PP
- Risque absolu ETV → 1 ‰ - 2 ‰ grossesses/an
- FDR individuel → Thromboprophylaxie anté/postnatale **selon niveau de risque**
- Anticoagulants → balance bénéfiques/risques - maternels/fœtaux
- HBPM → molécules de choix
- Gestion du péripartum → anticipation – collaboration pluriprofessionnelle



Merci.
Des questions ?