

Gestion du risque thromboembolique chez les femmes enceintes COVID-19 + ou suspectes

Une majoration du risque thrombotique semble présente chez les patient(e)s infecté(e)s par le SARCoV-2 (COVID-19). Dans ce contexte, le CARO et le CNGOF proposent la stratégie d'évaluation et de prise en charge suivante (en date du 15 avril 2020)

FACTEURS DE RISQUE DE THROMBOSE EN PRÉ-PARTUM CHEZ LA FEMME ENCEINTE COVID-19 +

FDR majeurs	- ATCD personnels thromboemboliques - Thrombophilie asymptomatique à haut risque - Σ ^d des antiphospholipides symptomatique - O ₂ thérapie > 4 L/min ou ONHD ou ventilation artificielle
FDR mineurs	- Obésité (IMC > 30) ou poids > 120 kg - Immobilisation prolongée et complète - O ₂ thérapie ≤ 3 L/min

Risque faible	- Aucun FDR
Risque modéré	- 1 à 2 FDR mineurs combinés
Risque élevé	- FDR majeur(s) ou ≥ 3 FDR mineurs

PRÉVENTION DE LA MTEV EN PRÉ-PARTUM

- **Risque faible:** Pas de prophylaxie
- **Risque modéré:** HBPM à dose prophylactique standard (ex: enoxaparine 4000 UI /24h SC)
- **Risque élevé:** HBPM à dose prophylactique renforcée (ex: enoxaparine 4000 UI /12h SC ou 6000 UI/12h SC si poids > 120 kg)*
- **Durée:** jusqu'à la guérison
- **Ne pas débuter la prophylaxie si accouchement imminent (avis obstétrical)**
* HBPM à dose prophylactique renforcée, surveiller l'activité anti-Xa 4 heures après la 3^{ème} injection, puis régulièrement en cas d'insuffisance rénale, pour rechercher un surdosage (valeur seuil variable selon l'HBPM) exposant à un risque hémorragique plus élevé.



Prendre en compte les modalités de la prophylaxie par HBPM pour la gestion de l'accouchement et réalisation de l'APM

PRÉVENTION DE LA MTEV EN POST-PARTUM

Réévaluer régulièrement la situation COVID (évolution clinique ± virologique)
Si guérison consolidée ➤ PEC similaire à une patiente non COVID

Si symptômes COVID toujours présents ➤ PEC selon la voie d'accouchement

Voie basse

- Risque faible:** discuter HBPM à dose prophylactique ± Bas anti-thrombose
- Risque modéré:** HBPM à dose prophylactique ± Bas anti-thrombose
- Risque élevé:** HBPM à dose prophylactique renforcée ± Bas anti-thrombose
- Durée:** jusqu'à la guérison consolidée

Césarienne

- HBPM à dose prophylactique standard ou renforcée selon niveau de risque et prise en compte des OR (cf recommandations CNGOF 2015)
- ± Bas anti-thrombose
- Durée:** adaptée à l'OR (cf recommandations CNGOF 2015)

FDR: Facteur de risque; IMC: indice de masse corporelle (kg/m², avant grossesse); ONHD: oxygène nasal à haut débit; MTEV: maladie thromboembolique veineuse; HBPM: héparine de bas poids moléculaire; APM: analgésie périmédullaire; PEC: prise en charge; OR: Odds ratio

À l'initiative des Prs H. KEITA-MEYER, L. MANDELBROT, F.J. MERCIER, D. BENHAMOU

Bilan d'hémostase chez les femmes enceintes COVID+ confirmées ou suspectes

Des modifications de l'hémostase semblent présentes chez les patient(e)s infecté(e)s par le SARCoV-2 (COVID-19). Dans ce contexte, le CARO et le CNGOF proposent la stratégie d'évaluation et de prise en charge suivante (en date du 15 avril 2020)

- Pour toute femme enceinte COVID+ ou suspecte, dès la prise en charge initiale, ajouter **SYSTEMATIQUEMENT UN BILAN D'HEMOSTASE**

Numération plaquettaire –TP –TCA +/- TCK– Fibrinogène–D-Dimères*

- Compléter par les explorations complémentaires habituelles si anomalies.
- *Prévoir un nouveau bilan d'hémostase de contrôle en présence de signes d'aggravation clinique et **si possible à l'arrivée en salle d'accouchement.***
- *Toujours associer la recherche d'une diathèse hémorragique évocatrice d'un trouble de l'hémostase (ex: questionnaire HEMSTOP [Bonhomme F](#), [Can J Anesth](#) 2016)*
- ***En cas d'urgence**, et en l'absence d'antécédent évocateur ou de pathologie de la grossesse associée, la réalisation de l'APM pourra être envisagée en prenant en compte le rapport risque/bénéfice individuel, sans attendre les résultats des bilans biologiques.*

Conduite à tenir pour APM

- Plaquettes > 75 G/L ➤ Toutes APM possibles (cf recommandations SFAR 2006).
- Plaquettes > 50 G/L ➤ RA possible (cf recommandations SFAR 2006).
- TCA allongé et TCK normal ➤ Pas d'exploration complémentaire, APM possible.
- TCA allongé et/ou TCK allongé ➤ Exploration complémentaire (voie endogène, recherche ACC).
- TP < 60% ➤ Exploration complémentaire (facteurs vitamine K dépendants + facteur V).

APM: analgésie périmédullaire; APD: analgésie périurale; RA: rachianesthésie; ACC: anticoagulant circulant

* La concentration des D-dimères peut être très fortement augmentée chez les femmes enceintes infectées par le COVID-19 sans valeur diagnostique ou pronostique d'une embolie pulmonaire. En cas de doute, d'autres moyens diagnostiques comme un scanner thoracique injecté doivent être envisagés.

À l'initiative des Prs H. KEITA-MEYER, L. MANDELBROT, F.J. MERCIER, D. BENHAMOU