



OBJECTIF

Proposer une méthode diagnostique pour l'évaluation des femmes enceintes qui font l'objet d'une suspicion clinique de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

La grossesse est un facteur de risque de thromboembolie veineuse (TEV) bien établi. La TVP vient compliquer 1 ou 2 grossesses sur 1000, et l'EP, 0,5 grossesse sur 1000. Les épisodes de TEV peuvent survenir durant n'importe quel trimestre de la grossesse et pendant la période post-partum. Le risque quotidien de TEV est de 5 à 10 fois plus élevé durant la grossesse et de 15 à 35 fois plus élevé peu après l'accouchement que celui observé chez les femmes non enceintes du même âge. La plupart des études indiquent que le risque de TEV reprend sa valeur initiale au bout de la sixième semaine de la période post-partum. Toutefois, selon une récente publication, une légère augmentation résiduelle de ce risque pourrait persister pendant les 12 semaines qui suivent l'accouchement.

SIGNES ET SYMPTÔMES DE LA TVP ET DE L'EP DURANT LA GROSSESSE

Les signes et les symptômes révélateurs de la TVP présentés par les femmes enceintes diffèrent de ceux qui sont observés chez les femmes non enceintes. Plus précisément, c'est la jambe gauche qui est touchée dans plus de 80 % des cas chez les femmes enceintes, et ces patientes sont beaucoup plus susceptibles que les femmes non enceintes d'avoir une thrombose isolée de la veine iliaque ou fémorale (en ce sens qu'il ne s'agit pas de l'extension locale d'une thrombose siégeant dans le mollet). En général, ces thromboses iliofémorales isolées se manifestent par une enflure de la jambe tout entière s'accompagnant de douleurs au flanc, à la fesse ou au dos plutôt que par des symptômes intéressant la partie inférieure de la jambe, et elles sont associées à un risque accru d'embolisation et de syndrome postphlébitique.

Les symptômes qui ressemblent à ceux de la TEV (enflure des jambes, gêne à l'aine et dyspnée) sont fréquents durant les grossesses normales; c'est ce qui explique que la grande majorité des femmes enceintes qui font l'objet d'évaluations visant à détecter une éventuelle TEV (> 90 %) n'ont pas cette maladie. Cela dit, les facteurs suivants doivent renforcer la suspicion de TEV chez une femme enceinte : enflure unilatérale de la jambe, en particulier de la jambe gauche; antécédents de TEV; antécédents familiaux de TEV; indice de masse corporelle élevé; âge > 40 ans; alitement pendant 7 jours; ou maladie. Étant donné qu'une TEV non diagnostiquée durant la grossesse aura des conséquences sérieuses, le seuil retenu pour évaluer les femmes enceintes chez qui on soupçonne une TVP ou une EP devrait être faible. Précisons toutefois que le fait de soupçonner à tort la présence

d'une TEV peut également avoir des répercussions considérables : 1) toute anticoagulothérapie prolongée durant la grossesse est coûteuse, nécessite l'administration quotidienne d'injections sous-cutanées et complique l'accouchement; et 2) dans ce cas, une thromboprophylaxie par une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est recommandée lors des grossesses subséquentes. C'est pourquoi la recherche d'une éventuelle TVP ou EP durant la grossesse doit être sans danger pour la mère comme pour le fœtus et doit permettre de diagnostiquer une TEV d'importance clinique (ou d'exclure la possibilité d'un tel diagnostic) en toute fiabilité.

STRATÉGIES D'ÉVALUATION

Étant donné que les règles de prédiction clinique de la TEV n'ont pas encore été validées chez les femmes enceintes et que le taux de D-dimères est généralement élevé durant la grossesse, il est essentiel d'avoir recours à des examens d'imagerie objectifs lorsqu'on soupçonne une TVP ou une EP chez ces patientes. L'échographie veineuse de compression (EVC) est l'examen de prédilection pour déceler une TVP ou une EP durant la grossesse, parce qu'elle est facile à obtenir et qu'elle est sans danger pour la mère et le fœtus. Pour exclure la possibilité d'une TVP, il faut explorer l'ensemble du réseau veineux proximal durant l'EVC, y compris les veines iliaques. Il a été démontré que le taux de sensibilité d'une seule EVC atteint 91 % chez la femme enceinte et que sa valeur prédictive négative est de 99 %. Précisons cependant qu'il est impossible de bien visualiser les veines iliaques à l'EVC chez bon nombre de femmes enceintes.

Démarche diagnostique en cas de suspicion de TVP chez la femme enceinte (voir la figure 1)

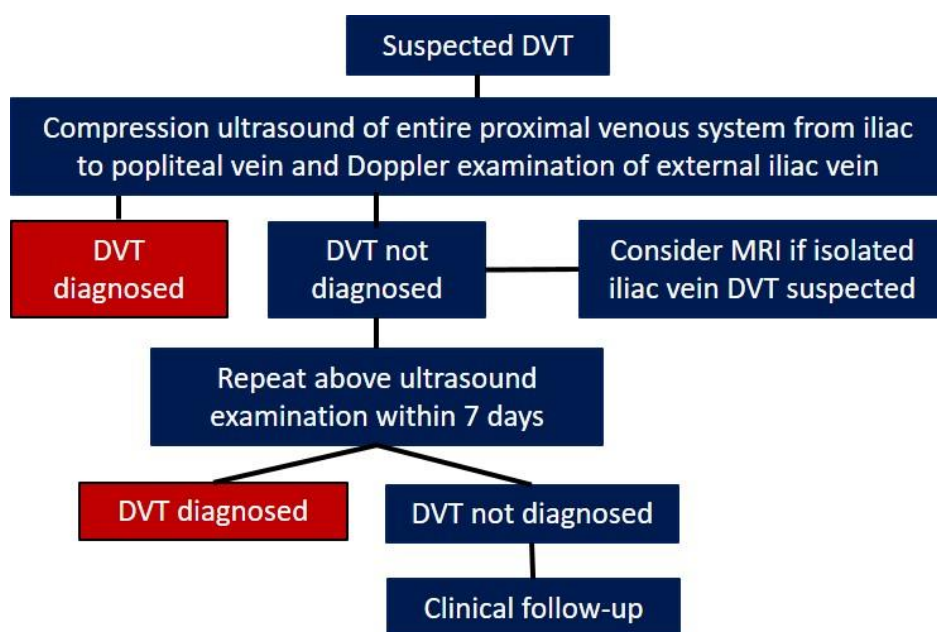


Figure 1 – Algorithme diagnostique proposé par la SOGC pour les cas de suspicion de TVP chez les femmes enceintes*

* D'après Chan et al., 2014.

Si le résultat de l'EVC est négatif, la prudence commande de refaire cet examen au bout de 3 à 7 jours, mais il n'est pas nécessaire d'instaurer une anticoagulothérapie. En revanche, si le degré de suspicion clinique est faible, il n'y a peut-être pas lieu de refaire une EVC. On envisagera un examen d'imagerie par résonance magnétique permettant une visualisation directe du thrombus (IRMVDT) chez les patientes dont les veines iliaques ne sont pas visibles et dont les symptômes sont évocateurs d'une thrombose isolée d'une veine iliaque (enflure de la jambe tout entière et douleur à la fesse, au dos ou au flanc). S'il est impossible de réaliser une IRMVDT, il convient d'instaurer une anticoagulothérapie et de refaire une EVC au bout de 2 ou 3 jours. Les femmes enceintes peuvent être soumises à des examens d'IRM en toute innocuité; cela dit, on n'a pas encore établi clairement les degrés de sensibilité et de spécificité de tels examens chez cette population de patientes.

Démarche diagnostique en cas de suspicion d'EP chez la femme enceinte (voir la figure 2)

La radiographie conventionnelle, qui est associée à une dose de rayonnement négligeable pour le fœtus (< 0,1 mGy), est souvent utile pour exclure les autres causes possibles de symptômes respiratoires. Si l'EVC donne des résultats négatifs, mais que le degré de suspicion clinique d'EP est modéré ou élevé, il faut réaliser d'autres examens d'imagerie. Les deux options possibles sont la scintigraphie pulmonaire de ventilation-perfusion (V/P) et l'angio-TDM (tomodensitométrie) thoracique. La dose de rayonnement à laquelle le fœtus risque d'être exposé est 0,5 mGy dans le cas de la scintigraphie pulmonaire V/P et de 0,1 mGy dans celui de l'angio-TDM thoracique, soit des doses calculées bien inférieures au seuil de 50 mGy associé à un risque accru de problèmes de santé pour le fœtus. Par contre, la dose de rayonnement minimale calculée pour chaque sein chez une femme de 60 kg est significativement plus élevée dans le cas de l'angio-TDM thoracique (de 20 à 35 mGy) que dans celui de la scintigraphie pulmonaire V/P (0,28 mGy). Cette différence soulève certaines inquiétudes quant au risque accru de cancer du sein auquel pourraient être exposées les femmes enceintes qui subissent une angio-TDM thoracique. C'est pour cette raison qu'il faut privilégier la scintigraphie pulmonaire V/P, dans la mesure du possible. Qui plus est, deux modifications de la technique de scintigraphie pulmonaire V/P contribuent à réduire la dose de rayonnement :

- 1) possibilité de s'abstenir de réaliser l'une des deux composantes, en l'occurrence la scintigraphie de ventilation, en cas d'obtention de résultats normaux à la radiographie thoracique;
- 2) réduction (de 50 % habituellement) du nombre de particules radioactives utilisées pour la scintigraphie de perfusion et prolongation de l'examen.

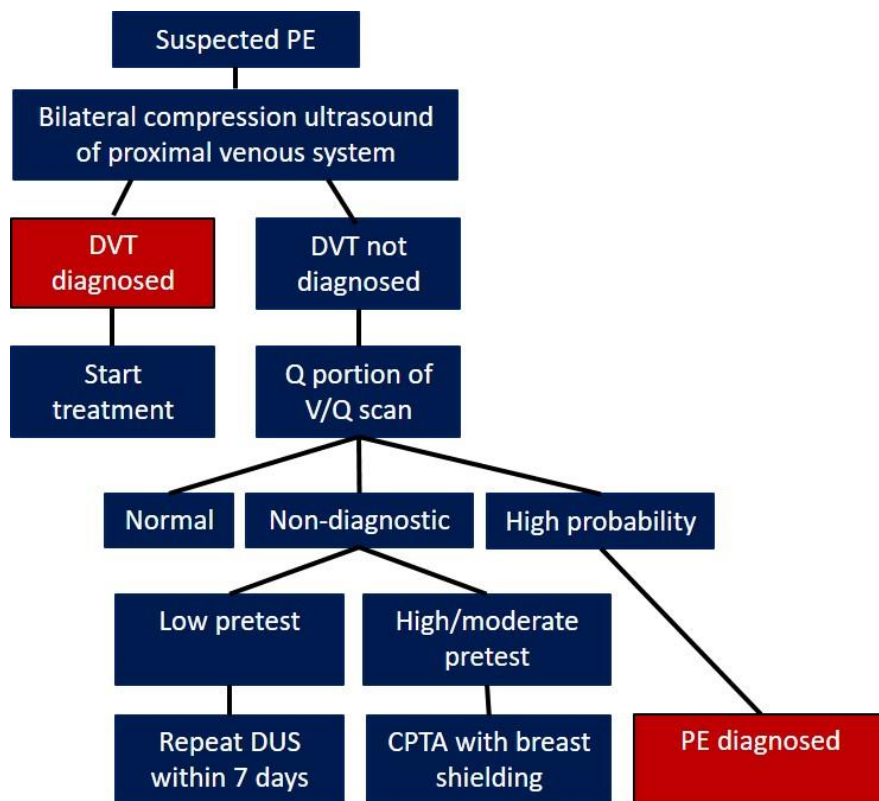


Figure 2 – Algorithme diagnostique proposé par la SOGC pour les cas de suspicion d’EP chez les femmes enceintes*

* D’après Chan et al., 2014.

Les examens effectués en cas de suspicion d’EP durant la grossesse sont souvent source d’anxiété pour les patientes et pour les médecins parce qu’elles nécessitent l’exposition de la mère et du fœtus à des rayonnements. La probabilité clinique d’EP, la capacité à utiliser les examens d’imagerie qui s’imposent et les préférences de la patiente sont autant de facteurs dont il faut tenir compte. Il est essentiel que les patientes et les médecins comprennent les risques et les conséquences auxquels ils s’exposent en choisissant de ne pas réaliser les examens d’imagerie nécessaires et qu’ils soient correctement informés du risque d’exposition à des rayonnements pour la mère et pour le fœtus avant de prendre quelque décision que ce soit.

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Si on soupçonne une TVP ou une EP durant la période post-partum, il faut effectuer les examens qui sont prévus chez les femmes non enceintes en gardant à l’esprit que le score de probabilité prétest (probabilité établie a priori avant la réalisation de tout examen complémentaire) sera élevé, puisque c’est durant cette période que le risque de TEV est maximal chez les femmes qui viennent d’avoir un enfant. Une TDM peut être effectuée sans danger durant l’allaitement; par contre, il se peut que les radio-isotopes utilisés pour la scintigraphie pulmonaire V/P contaminent le lait maternel pendant 24 à 48 heures.

AUTRES GUIDES CLINIQUES PERTINENTS DE THROMBOSE CANADA

- *Thrombose veineuse profonde (TVP) – Diagnostic*
- *Grossesse – Thromboprophylaxie*
- *Grossesse – Traitement de la thromboembolie veineuse (TEV)*
- *Embolie pulmonaire (EP) – Diagnostic*

RÉFÉRENCES

Chan WS, *et al.* Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy: SOGC Clinical Practice Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(6):527-553.

Fraser DG, *et al.* Diagnosis of lower-limb deep venous thrombosis: a prospective blinded study of magnetic resonance direct thrombus imaging. *Ann Intern Med* 2002;136(2):89-98.

Greer I. Pregnancy complicated by venous thrombosis. *N Engl J Med* 2015; 373(6):540-547.

Radiation and Pregnancy: A Fact Sheet for Clinicians (2014). Disponible au <https://emergency.cdc.gov/radiation/prenatalphysician.asp>.

Righini M, *et al.* Predicting deep venous thrombosis in pregnancy: external validation of the LEFT clinical prediction rule. *Haematologica* 2013;98(4):545-548.

Date de la version : 7 décembre 2016

Il est à noter que l'information contenue dans le présent guide ne doit pas être interprétée comme étant une solution de rechange aux conseils d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Si vous avez des questions précises sur un problème d'ordre médical, quel qu'il soit, vous devez consulter votre médecin ou un autre professionnel de la santé. En somme, vous ne devriez jamais reporter une consultation médicale, faire abstraction des conseils de votre médecin, ni mettre fin à un traitement médical sur la base de l'information contenue dans le présent guide.