

PRISE EN CHARGE PERIPARTUM DES PATIENTES SOUS TRAITEMENT ANTICOAGULANT : ETUDE RETROSPECTIVE DE 120 CAS AU CHU DE CLERMONT-FERRAND

PHILIPPE A.¹, BONNIN M.², GALLOT D.¹, RUIVARD M.³, ACCOCEBERRY M.¹, POULY JL.¹, LEMERY D.¹

- 1- Pôle Gynécologie-obstétrique et Reproduction Humaine, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France
- 2- Anesthésie Réanimation, Pôle Gynécologie-obstétrique, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France
- 3- Médecine interne, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France

Introduction : Nous sommes aujourd'hui amenés à gérer de plus en plus de patientes sous traitement anticoagulants pendant la grossesse. Il s'agit de patientes à haut risque dont la prise en charge doit être pluridisciplinaire : elle doit prendre en compte à la fois le risque hémorragique lié au traitement, mais également le risque thrombotique en cas d'interruption de celui-ci au moment de la naissance.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une enquête rétrospective afin d'évaluer les bénéfices, les avantages et les inconvénients d'une gestion programmée de l'accouchement, au sein d'une fenêtre thérapeutique définie par une équipe pluridisciplinaire, en comparant 2 groupes de sujets : les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge programmée de la naissance appartenaient au groupe A, celles dont l'accouchement est survenu de manière inopinée ou ayant présenté une pathologie obstétricale nécessitant d'anticiper la naissance appartenaient au groupe B.

Résultats : Notre étude menée de janvier 2005 à septembre 2011 a concerné 120 grossesses : 57% appartenaient au groupe A, 43% au groupe B. 71% recevaient un traitement prophylactique, 29% un traitement curatif. Nous avons retrouvé 27% de complications obstétricales et 15% de prématurité. 54% ont bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail et le taux de césariennes était de 37%. 13% ont présenté une hémorragie du post-partum (HPP). Une complication thromboembolique est survenue dans 2 cas en post-partum. Le taux d'accès à l'anesthésie péri médullaire (APM) était plus faible chez les patientes traitées à dose curative que chez celles recevant un traitement prophylactique (59% vs 88%, $p < 0,001$), et le taux d'HPP plus élevé (23% vs 9%, $p = 0,07$). Concernant les patientes traitées à dose curative, le taux d'accès à l'APM était plus élevé dans le groupe A que dans le groupe B (65% vs 50%), et le taux d'HPP plus faible (14% vs 36%). En revanche, en cas de traitement prophylactique, les taux d'accès à l'APM étaient comparables que l'accouchement ait été programmé ou non (96% vs 92%). En cas de prise en charge non programmée (Groupe B), le taux d'HPP était comparable à celui de la population générale en France (5,4% vs 5%), alors qu'il était plus élevé dans le groupe A de prise en charge programmée (12,5%).

Conclusion : La programmation de la naissance semble donc améliorer le devenir péri-partum des patientes sous anticoagulants à dose curative, alors que l'intérêt paraît plus discutable en cas de traitement prophylactique : une prise en charge non programmée ne semble pas délétère en termes d'accès à l'APM et de risque hémorragique chez ces patientes. En revanche, programmer un déclenchement artificiel du travail en cas de col immature peut s'accompagner d'un allongement de la durée du travail et d'une augmentation du risque de césarienne favorisant la survenue d'HPP et de complications thromboemboliques. La prise en charge des patientes sous anticoagulants doit être pluridisciplinaire, la fenêtre thérapeutique étant évaluée au cas par cas en tenant compte à la fois des risques hémorragiques et thrombotiques.

<p>Réservé au secrétariat du CARO</p> <p>Date limite 31/03/2012</p>	<p>Réservé CARO</p>
<p>PRISE EN CHARGE PERIPARTUM DES PATIENTES SOUS TRAITEMENT ANTICOAGULANT : ETUDE RETROSPECTIVE DE 120 CAS PHILIPPE A.¹, BONNIN M.², GALLOT D.¹, RUIVARD M.³, ACCOCEBERRY M.¹, POULY JL.¹, LEMERY D.¹</p> <p>1. Gynécologie-obstétrique et Reproduction Humaine, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France</p> <p>2. Anesthésie Réanimation, Pôle Gynécologie-obstétrique et Reproduction Humaine, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France</p> <p>3. Médecine interne, CHU Estaing, Clermont-Ferrand, France</p>	<p>Introduction : Nous sommes aujourd'hui amenés à gérer de plus en plus de patientes sous traitement anticoagulant pendant la grossesse. Il s'agit de patientes à haut risque dont la prise en charge doit être pluridisciplinaire : elle doit prendre en compte à la fois le risque hémorragique lié au traitement, mais également le risque thrombotique en cas d'interruption de celui-ci au moment de la naissance.</p> <p>Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une enquête rétrospective afin d'évaluer les bénéfices, les avantages et les inconvénients d'une gestion programmée de l'accouchement, au sein d'une fenêtre thérapeutique définie par une équipe pluridisciplinaire, en comparant 2 groupes de sujets : les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge programmée de la naissance appartenaient au groupe A, celles dont l'accouchement est survenu de manière inopinée ou ayant présenté une pathologie obstétricale nécessitant d'anticiper la naissance appartenaient au groupe B.</p> <p>Résultats : Notre étude menée de janvier 2005 à septembre 2011 a concerné 120 grossesses : 57% appartenaient au groupe A, 43% au groupe B. 71% recevaient un traitement prophylactique, 29% un traitement curatif. Nous avons retrouvé 27% de complications obstétricales et 15% de prématurité. 54% ont bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail et le taux de césariennes était de 37%. 13% ont présenté une hémorragie du post-partum (HPP). Une complication thromboembolique est survenue dans 2 cas en post-partum. Le taux d'accès à l'anesthésie péri médullaire (APM) était plus faible chez les patientes traitées à dose curative que chez celles recevant un traitement prophylactique (59% vs 88%, p<0,001), et le taux d'HPP plus élevé (23% vs 9%, p=0,07). Concernant les patientes traitées à dose curative, le taux d'accès à l'APM était plus élevé dans le groupe A que dans le groupe B (65% vs 50%), et le taux d'HPP plus faible (14% vs 36%). En revanche, en cas de traitement prophylactique, les taux d'accès à l'APM étaient comparables que l'accouchement ait été programmé ou non (96% vs 92%). En cas de prise en charge non programmée (Groupe B), le taux d'HPP était comparable à celui de la population générale en France (5,4% vs 5%), alors qu'il était plus élevé dans le groupe A de prise en charge programmée (12,5%).</p> <p>Discussion-Conclusion : La programmation de la naissance semble donc améliorer le devenir péri-partum des patientes sous anticoagulants à dose curative, alors que son intérêt paraît plus discutable en cas de traitement prophylactique : une prise en charge non programmée ne semble pas délétère en termes d'accès à l'APM et de risque hémorragique chez ces patientes. En revanche, programmer un déclenchement artificiel du travail en cas de col immature peut s'accompagner d'un allongement de la durée du travail et d'une augmentation du risque de césarienne favorisant la survenue d'HPP et de complications thromboemboliques. La prise en charge des patientes sous anticoagulants doit être pluridisciplinaire, la fenêtre thérapeutique devant être évaluée au cas par cas en tenant compte à la fois des risques hémorragiques et thrombotiques.</p>

