

Prise en charge de la thrombose ilio-fémorale gravidique à terme : discussion d'un cas et revue de la littérature

Management of acute iliac thrombosis in a pregnancy at term : case discussion and review of literature

A. Toussaint¹, P. Visée¹ et D. Detournay²

Départements ¹de Chirurgie vasculaire, ²d'Obstétrique, Grand Hôpital de Charleroi

RESUME

La maladie thromboembolique veineuse est, au cours de la grossesse, une cause de morbidité et de mortalité importante. Les signes cliniques de cette pathologie conduisent systématiquement le médecin généraliste ou l'obstétricien à l'évocation de ce diagnostic. Malheureusement, la faible fréquence de cette complication gravidique rend difficile la réalisation de lignes de conduite thérapeutiques précises.

La découverte, en fin de grossesse, d'une thrombose veineuse ilio-fémorale aiguë pose le problème de la prise en charge obstétricale et principalement de la prévention à adopter face à une situation potentiellement emboligène. Par l'intermédiaire d'un cas rapporté et sur base d'une réflexion sur les quelques rapports déjà publiés sur le sujet dans la littérature médicale, cet article propose d'analyser la pertinence de l'utilisation du filtre cave temporaire lors du diagnostic de thrombose veineuse profonde extensive, découverte au terme de la grossesse.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 411-5

ABSTRACT

Venous thromboembolic disease during pregnancy is an important cause of obstetric morbidity and mortality. Suggestive clinical signs lead systematically physicians to evocate this diagnosis. Unfortunately, the incidence of events remains low, reducing the ability to perform well-designed research and to give adequate recommendations.

The discovery in term pregnancy of an iliofemoral venous thrombosis raises the question of obstetrical care, mainly considering potentially embolic risk. Through a case report and based on a thinking about the few medical publications in this field, we suggest that the placing of temporary inferior vena cava filter in presence of an extensive deep venous thrombosis at term pregnancy could be debatable.

Rev Med Brux 2013 ; 34 : 411-5

Key words : iliac thrombosis, deep venous thrombosis, inferior vena cava filter, pregnancy at term

INTRODUCTION

La grossesse est un facteur de risque indépendant d'accidents thromboemboliques veineux, causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles. En effet, l'incidence des thromboses veineuses profondes (TVP) est 5 fois plus élevée chez la femme enceinte qu'elle ne l'est chez la femme non enceinte¹. Ce phénomène s'explique par une activation des processus de coagulation, associée à une diminution des inhibiteurs physiologiques et de la fibrinolyse. Cependant, elles ne concernent que 0,6 à 3 % des grossesses, rendant complexe la réalisation

de travaux de recherche et conduisant à un positionnement difficile des directives protocolaires²⁻⁴.

Hormis le port d'une contention veineuse, divers agents pharmacologiques ont été évalués pour l'aspect curatif des patientes présentant une TVP du membre inférieur. La warfarine a bien vite été abandonnée au vu de son passage trans-placentaire, conduisant à un risque de tératogénéicité, de fausse couche, d'hémorragies fœtale et maternelle et de complications neurologiques de l'enfant à naitre⁵.

Dans le contexte d'une TVP d'installation récente,

les modalités thérapeutiques portent une préférence à l'héparinothérapie non fractionnée (HNF), dont un relais peut être assuré par héparine de bas poids moléculaire (HBPM). Selon les dernières recommandations de l'*American College of Chest Physicians* (ACCP), l'utilisation initiale des HBPM en lieu et place de l'HNF est recommandée. L'arrêt du traitement des HBPM et de l'HNF, respectivement 24 heures et 6 heures avant l'accouchement, est souhaitable⁶.

Cependant, la découverte d'une thrombose ilio-fémorale au terme de la grossesse est une situation d'autant plus rare. La prise en charge de ce genre d'événement n'est que peu débattue dans la littérature et ne fait, à l'heure actuelle, l'objet d'aucune recommandation précise.

L'exposé d'un tel cas, l'attitude qui a été adoptée, ainsi que la critique de celle-ci sont ici proposés afin d'entamer une réflexion et mener à une future ligne de conduite qui serait la plus adéquate.

RAPPORT DE CAS

Une patiente de 19 ans, primigeste à terme (39 semaines 5/7), se présente aux urgences pour douleurs aiguës et induration du membre inférieur gauche. Le suivi de grossesse se révèle être sans particularité. Il n'y a aucun antécédent médical personnel ou familial, ni facteur de risque thrombophilique. La patiente n'a aucun symptôme d'embolie pulmonaire (EP). L'examen physique témoigne de paramètres vitaux dans la norme avec une saturation en oxygène à 97 %. Le membre inférieur gauche présente une tuméfaction avec une circonférence crurale supérieure de 4 cm par rapport à la cuisse hétérolatérale. La palpation surale est non douloureuse. Le membre inférieur ne présente aucun cordon induré et le test d'Homans est négatif.

Une échographie Doppler est réalisée et met en évidence une thrombose veineuse profonde de la veine fémorale commune gauche. Le thrombus entreprend également les deux tiers proximaux de la veine fémorale superficielle gauche ainsi que la veine iliaque externe gauche. L'état gravide empêchant un examen ultrasonographique optimal des vaisseaux abdominaux, un phléboscan est pratiqué. Ce dernier confirme la présence d'un thrombus fémoral de 15 mm d'épaisseur, s'étendant aux veines iliaques externe, interne et commune, jusqu'à la pince de Cockett (figure - A). La veine cave est, quant à elle, libre mais totalement laminée par l'utérus (figure - B).

En l'absence de recommandations claires et pour des raisons d'accouchement imminent, un colloque multidisciplinaire réunissant chirurgiens vasculaires, anesthésistes et obstétriciens, a débattu des différentes alternatives thérapeutiques et, après conseil des instances universitaires, a statué sur le traitement. La décision d'une anticoagulation intra-veineuse par HNF a été adoptée avec l'objectif d'atteindre des temps de céphaline activée (TCA) compris entre 1,5 et 2,5 fois la

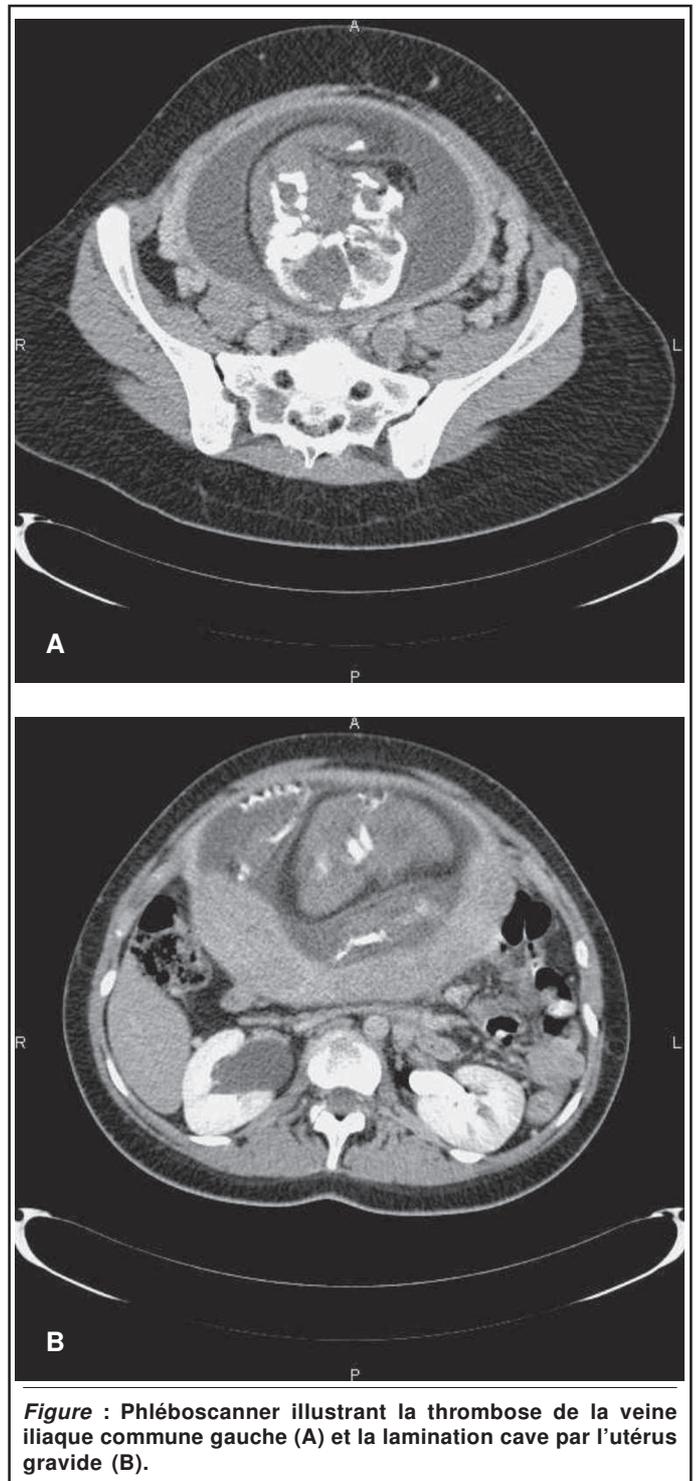


Figure : Phléboscan illustrant la thrombose de la veine iliaque commune gauche (A) et la lamination cave par l'utérus gravide (B).

valeur témoin.

La rupture spontanée de la poche des eaux a eu lieu 36 heures après le début de l'anticoagulothérapie, qui fut alors stoppée. Le taux de TCA était de 56,3 secondes (31,3 secondes à l'admission). Dix heures après, la patiente a accouché spontanément et sans péridurale. Aucune hémorragie du *post-partum* n'a été à déplorer.

Le traitement par HNF a été ré-introduit 6 heures après la délivrance et poursuivi pendant 48 heures ; ensuite, un relais par HBPM à dose thérapeutique (Fraxiparine® 0,6 2 x/j) a débuté.

Aucune complication n'est survenue. Un bilan de thrombophilie a été effectué à distance de l'accouchement, et s'est révélé négatif.

DISCUSSION

La grossesse est un facteur de risque de TVP, conséquence des changements hémodynamiques et des modifications des processus de coagulation et de fibrinolyse. A ce risque s'ajoutent l'âge maternel, les antécédents personnels ou familiaux de thrombophilie, la multiparité, l'obésité et l'accouchement par césarienne, sans omettre les facteurs constitutionnels et acquis tirés de la biologie⁷.

En dépit du fait que la TVP n'est pas fréquente pendant la grossesse, il n'en reste pas moins que la complication la plus dangereuse, l'embolie pulmonaire, est une cause importante de mortalité maternelle^{8,9}.

L'échographie Doppler est actuellement considérée comme l'examen non invasif de premier choix pour le diagnostic des TVP^{10,11}. Durant la grossesse, l'évaluation clinique et la pratique d'une échographie sont les examens recommandés pour le diagnostic de la pathologie. L'utérus gravide peut être un obstacle à la visualisation d'une extension de la thrombose aux vaisseaux abdominaux. Toutefois, une échographie témoignant d'une thrombose des membres inférieurs doit d'emblée conduire à l'initiation d'un traitement^{12,13}.

Notre cas n'aurait donc nécessité aucun examen supplémentaire. Seule une discordance clinico-échographique, comme lors d'une suspicion de thrombose iliaque isolée, doit conduire à la réalisation d'investigations complémentaires^{10,11}. Le diagnostic par vénographie est peu conseillé pendant la grossesse car il est associé à un taux d'irradiation fœtale important. Le constat est le même pour le phlébo-scanner, bien que les nouveaux équipements permettent une dose d'irradiation délivrée moindre¹²⁻¹⁴. La vénographie par résonance magnétique est plus intéressante car elle montre, selon une étude menée chez des femmes non enceintes, une précision similaire à la vénographie tout en étant dépourvue d'irradiation^{13,15,16}.

Sur le plan thérapeutique, l'anticoagulothérapie par héparine est, à l'heure actuelle, le traitement de premier choix en cas de TVP durant la grossesse. L'HNF, bien que ne traversant pas le placenta, peut augmenter le risque d'hémorragie, d'ostéoporose et de complications neurologiques chez la patiente¹⁷. En accord avec diverses études, ces risques diminuent avec l'utilisation des HBPM et ce, avec la même efficacité^{6-9,17,18}. Notre cas étant antérieur aux recommandations ACCP de 2012, nous avons opté pour une héparinothérapie conventionnelle, qui était l'un des traitements de choix en vigueur en cas d'épisode aigu¹⁹.

La mise en place d'un filtre cave temporaire avait

été évoquée, mais rapidement écartée au vu de la lamination de la veine cave, de l'absence de cas identique et de la rareté d'utilisation de cette technique durant la grossesse rapportées dans la littérature. A *posteriori*, et dans le souci d'améliorer la prise en charge si un tel cas devait se représenter, notre démarche a été reconsidérée.

Les indications d'implantation d'un filtre veineux cave inférieur au cours de la grossesse sont identiques à celles pour les non-enceintes à savoir une TVP ou EP confirmée avec une contre-indication aux traitements héparinés, ou en raison d'une anticoagulothérapie inadéquate²⁰⁻²³. Le *British Committee for Standards in Haematology* a même précisé que le filtre cave est un bon compromis chez la parturiente présentant, dans les 2 semaines précédant le terme, une TVP avec une contre-indication à l'anticoagulothérapie²².

Les principales complications à long terme d'un filtre cave sont l'occlusion du filtre, la perforation ou la lésion de la veine cave et la migration du dispositif. Le choix d'un filtre temporaire permet une diminution considérable de ces complications²⁴⁻²⁶. La mise en place du filtre se fait, sous anesthésie locale, par voie jugulaire ou fémorale. La veine jugulaire interne droite est l'accès conseillé car il est simple, bien toléré par les patientes et diminue le risque d'embolisation iatrogène résultant de manipulations des veines pelviennes. Les complications majeures associées à cet accès sont l'embolie gazeuse et l'arythmie cardiaque.

La radioscopie est nécessaire à la procédure mais le temps d'irradiation est court (inférieur à 2 minutes). L'abdomen est protégé et l'exposition fœtale se trouve donc dans les limites de sécurité²⁷.

Sur le plan économique, le prix hors-pose d'un filtre cave se situe aux environs de 800 à 1.000 €.

Aburahma *et al.* rapportent leur expérience de placement de filtre cave Greenfield chez 18 patientes présentant une TVP ilio-fémorale, dont 7 ont présenté une TVP ilio-fémoro-poplitée 1 à 3 semaines avant le travail²⁸. Le taux de TCA thérapeutique atteint par héparinothérapie, un filtre a été placé et une héparinothérapie en sous-cutané a été débutée et poursuivie jusqu'à 6 semaines *post-partum* (avec fenêtre thérapeutique au cours de l'accouchement). Il n'y a eu aucune morbidité ou mortalité fœtale ou maternelle, ni aucune EP ou complication due au filtre sur 78 mois de suivi moyen.

Par leur série de cas, Kawamata *et al.* confirment l'utilité du filtre cave temporaire, adjoint à l'héparinothérapie, pour la prévention des embolies pulmonaires se formant durant la période périnatale pour les parturientes développant une TVP²⁹. Il établit que 9 des 11 patientes étudiées et scannées 3 à 5 jours *post-partum*, présentaient, au sein du filtre, des thrombi frais. Les auteurs concluent que, probablement,

la petitesse de certains embolus retrouvés dans quelques cas n'aurait pas été la cause d'une embolie pulmonaire sévère systématique. Cependant, en raison d'embolus de taille importante également observés, le principe de précaution doit être appliqué.

Dans leur récente étude d'avril 2012, Liu *et al.* ne font que confirmer l'utilité d'un usage prophylactique du filtre cave temporaire, même s'il est placé en sus-rénal et juste avant le début du travail³⁰.

Pour certains auteurs, le mode d'accouchement ne doit pas être influencé par la présence d'un filtre cave mais être considéré au cas par cas en fonction des indications obstétricales³¹. D'autres praticiens choisissent plus volontiers une voie haute afin de minimiser le risque de libération de thrombi dû aux contractions utérines et à la progression de la présentation foetale^{26,30}. De plus, la planification de la thromboprophylaxie est plus simple avec un temps d'interruption de l'anticoagulation moindre, minimisant le risque de TVP et EP du *post-partum*. L'inclinaison du filtre cave au cours de l'accouchement a également été décrite, rendant plus difficile son extraction^{31,32}. Cette complication s'expliquerait par le repositionnement central de la veine cave après l'accouchement mais également par les contractions utérines et les poussées d'expulsion. La possibilité de basculement du filtre lors d'une césarienne est donc beaucoup moins fréquente, bien que la veine cave ait tendance à s'élargir, particulièrement si la chirurgie est pratiquée sous anesthésie générale. Ce changement de calibre pourrait alors conduire à un basculement du filtre.

Lors d'une pose périnatale et en absence de complication clinique, le retrait du filtre se fait en hospitalisation de jour et en moyenne au cours des 2 semaines suivant l'accouchement^{25,26,29,30}. L'extraction du dispositif le plus tôt possible permet de diminuer les complications potentielles comme la lésion ou la perforation de la veine cave³¹. En règle générale, une échographie abdominale préopératoire et une cavographie peropératoire, à la recherche d'un large thrombus, sont pratiquées avant l'extraction du filtre.

Dans notre cas, la situation présentée s'approchait des différents rapports de cas déjà publiés. Les signes cliniques de TVP ilio-fémorale d'apparition récente tendaient à faire penser à un processus thrombotique aigu, sans certitude d'un thrombus adhérent. *A posteriori*, la prudence aurait dû conduire dans ce cas, à non seulement instaurer l'héparinothérapie, mais également à discuter de l'intérêt d'un filtre cave temporaire. La compression cave par l'utérus gravide peut empêcher le placement du filtre en sus-rénal. Toutefois, l'indication ne doit pas être pour autant rejetée, la position en sus-rénal assurant tout de même une protection contre une embolie pulmonaire potentielle.

CONCLUSION

Les recommandations actuelles suggèrent

l'administration d'une HPBM pour la prévention et le traitement des maladies thromboemboliques veineuses⁶. Les indications d'un filtre cave chez des patientes avec TVP au premier ou deuxième trimestre de la grossesse sont identiques à celles d'une patiente non enceinte²⁰⁻²³. Bien qu'aucune autre indication ne soit actuellement validée, ceci ne préjuge pas d'une pertinence manifeste dans d'autres situations.

La découverte d'une TVP extensive au terme de la grossesse reste une situation rare, mais la confrontation à ce type de pathologie demande une initiative thérapeutique rapide qui n'est, à ce jour, toujours pas complètement résolue.

Au vu du cas considéré, adjoint des quelques cas rapportés dans la littérature s'approchant du sujet, une héparinothérapie avec mise en place d'un filtre cave temporaire constitue une potentielle solution dans la prophylaxie des embolies pulmonaires chez une patiente gravide à terme présentant une TVP extensive.

Pour conclure, rappelons-nous qu'il a fallu plus d'un siècle entre la première " barrière " cave et la démonstration scientifique satisfaisante de l'efficacité de cette interruption dans la prévention embolique pulmonaire³³. Espérons que des études plus larges confirmant ou infirmant l'utilisation du filtre cave chez la femme enceinte présentant une TVP extensive en fin de grossesse permettront de mieux définir l'attitude optimale dans le futur...

BIBLIOGRAPHIE

1. NIH Consensus Development : Prevention of venous thrombosis and pulmonary embolism. JAMA 1986 ; 256 : 744-9
2. Togliola MR, Weg JG : Venous thromboembolism during pregnancy. N Engl J Med 1996 ; 335 : 108-18
3. ACOG practice bulletin : Thromboembolism in pregnancy. Int J Gynecol Obstet 2001 ; 75 : 203-12
4. Doyle NM, Monga M : Thromboembolic disease in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 2004 ; 31 : 319-44
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists : Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery. Green top Guideline No.37. London, RCOG Press, 2004
6. Guyatt G, Akl E, Crowther M *et al.* : The ninth ACCP Guidelines for antithrombotic therapy for prevention and treatment of thrombosis. American College of Chest Physicians. Chest 2012 ; 141 : 2S
7. ANAES : Thrombophilie et grossesse. Prévention des risques thrombotiques maternels et placentaires. Texte des recommandations. Gynecol Obstet Fertil 2003 ; 31 : 876-85
8. Lewis G : Why mothers die 2000-2002. Sixth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Death. London, RCOG Press, 2004
9. Institut de veille sanitaire : Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire, 2010
10. Zierler BK : Ultrasonography and diagnosis of venous thromboembolism. Circulation 2004 ; 109 (12 Suppl 1) : 9-14

11. Kearon C, Julian JA, Newman TE, Ginsberg JS : Noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. McMaster Diagnostic Imaging Practice Guidelines Initiative. *Ann Intern Med* 1998 ; 128 : 663-77
12. Chunilal SD, Bates SM : Venous thromboembolism in pregnancy : diagnosis, management and prevention. *Thromb Haemost* 2009 ; 101 : 428-38
13. Scarsbrook AF, Evans AL, Owen AR, Gleeson FV : Diagnosis of suspected venous thromboembolic disease in pregnancy. *Clin Radiol* 2006 ; 61 : 1-12
14. Garcia-Bolado A, Del Cura JL : CT venography vs ultrasound in the diagnosis of thromboembolic disease in patients with clinical suspicion of pulmonary embolism. *Emerg Radiol* 2007 ; 14 : 403-9
15. Fraser DG, Moody AR, Morgan PS, Martel AL, Davidson I : Diagnosis of lower-limb deep venous thrombosis : a prospective blinded study of magnetic resonance direct thrombus imaging. *Ann Intern Med* 2002 ; 136 : 89-98
16. Fichinger S : Diagnostic issues of VTE in pregnancy. *Thromb Res* 2009 ; 123 (Suppl 2) : S38-40
17. Ginsber JS, Kowalchuk G, Hirsch J, Brill-Edwards P, Burrows R : Heparin therapy during pregnancy : risks to the fetus and mother. *Arch Int Med* 1989 ; 149 : 2233-6
18. Sanson BJ, Lensing AW, Prins MH *et al.* : Safety of low-molecular-weight heparin in pregnancy : a systematic review. *Thromb Haemost* 1999 ; 81 : 668-72
19. Bates SM, Greer IA, Pabinger I, Sofaer S, Hirsh J : Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy : American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest* 2008 ; 133 (6 Suppl) : 844S-86S
20. Ricciotti HA, Wong GP, Ludmir J : Deep venous thrombosis treated with an inferior vena cava filter in a pregnant woman after neurosurgery : a case report. *J Reprod Med* 1995 ; 40 : 404-6
21. Banfield PJ, Pittam M, Marwood R : Recurrent pulmonary embolism in pregnancy managed with the Greenfield vena cava filter. *Int J Gynaecol Obstet* 1990 ; 33 : 275-8
22. Baglin TP, Brush J, Streiff M : Guidelines on use of vena cava filters. British Committee for Standards in Haematology. *Br J Haematol* 2006 ; 134 : 590-5
23. O'Connor DJ, Scher LA, Gargiulo NJ 3rd, Jang J, Suggs WD, Lipsitz EC : Incidence and characteristics of venous thromboembolic disease during pregnancy and the postnatal period : a contemporary series. *Ann Vasc Surg* 2011 ; 25 : 9-14
24. Bovyn G, Gory P, Reynaud P, Rico JB : The Tempofilter : a multicenter study of a new temporary caval filter implantable for up to six weeks. *Ann Vasc Surg* 1997 ; 11 : 520-8
25. Imberti D, Ageno W, Dentali F *et al.* : Retrievable vena cava filters : a clinical review. *J Thromb Thrombolysis* 2012 ; 33 : 258-66
26. Köcher M, Krcova V, Cerna M, Prochazka M : Retrievable Günther Tulip Vena Cava Filter in the prevention of pulmonary embolism in patients with acute deep venous thrombosis in perinatal period. *Eur J Radiol* 2009 ; 70 : 165-9
27. Shaw P, Duncan A, Vouyouka A, Ozsvath K : Radiation exposure and pregnancy. *J Vasc Surg* 2011 ; 53 : 28-34
28. Aburahma AF, Mullins DA : Endovascular caval interruption in pregnant patients with deep vein thrombosis of the lower extremity. *J Vasc Surg* 2001 ; 33 : 375-8
29. Kawamata K, Chiba Y, Tanaka R, Higashi M, Nishigami K : Experience of temporary inferior vena cava filters inserted in the perinatal period to prevent pulmonary embolism in pregnant women with deep vein thrombosis. *J Vasc Surg* 2005 ; 41 : 652-6
30. Liu Y, Sun Y, Zhang S, Jin X : Placement of a retrievable inferior vena cava filter for deep venous thrombosis in term pregnancy. *J Vasc Surg* 2012 ; 55 : 1042-7
31. Gupta S, Ettles DF, Robinson GJ, Lindow SW : Inferior vena cava filter use in pregnancy : preliminary experience. *Br J Obstet Gynaecol* 2008 ; 115 : 785-8
32. McConville RM, Kennedy PT, Collins AJ, Ellis PK : Failed retrieval of an inferior vena cava filter during pregnancy because of filter tilt : report of two cases. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2009 ; 32 : 174-7
33. Decousus H, Leizorovicz A, Parent F *et al.* : A clinical trial of vena caval filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis. Prévention du Risque d'Embolie Pulmonaire par Interruption Cave Study Group. *N Engl J Med* 1998 ; 338 : 409-15

Correspondance et tirés à part :

A. TOUSSAINT
 Grand Hôpital de Charleroi
 Grand Rue 3
 6000 Charleroi
 E-mail : atoussai@ulb.ac.be

Travail reçu le 18 juin 2012 ; accepté dans sa version définitive le 11 juin 2013.