

## Prévention du risque thromboembolique veineux chez les femmes COVID + non hospitalisées utilisant un traitement hormonal (Contraception, Traitement hormonal de ménopause, Tamoxifène) Proposition du CNEGM<sup>1</sup> et de l'UF Hémostase clinique de Cochin<sup>2</sup>

### Contexte

Les publications et observations des patientes COVID+ montrent une augmentation du risque de maladie thromboembolique veineuse (MVTE) chez les patients hospitalisés. Plusieurs sociétés savantes ont émis des recommandations concernant l'utilisation d'un traitement anticoagulant pour la prévention du risque thromboembolique et notamment en France, le GIHP et GFHT.

Les recommandations doivent être basées sur les objectifs tels que définis par le groupe français et adaptées dans le contexte des femmes non hospitalisées :

- 1) Définir le niveau de risque de MVTE chez les femmes COVID-19 non hospitalisées : Rechercher les autres facteurs de risque veineux : âge > 35 ans, alitement, immobilisation prolongée tabac, obésité,...
- 2) Définir la sévérité de l'atteinte COVID-19 (y compris importance du syndrome inflammatoire)
- 3) Evaluer le rapport bénéfice-risque de la prescription d'un traitement anticoagulant préventif.
- 4) Préciser le type de traitement hormonal, certains étant associés à un risque thromboembolique (voir ci-dessous)

### Contraception hormonale estroprogestative (COP) :

Toutes les COP quelle que soit la voie d'administration augmentent le risque de MVTE. En raison des modifications de la coagulation sous-jacente et du délai du retour à un niveau de base (6 à 8 semaines), il ne semble pas raisonnable de modifier la COP

- **Si pas de facteur de risque surajouté et COVID-19 peu sévère : poursuite de la COP +/- associée à une contention**
- **Si facteurs de risque surajoutés et/ou COVID-19 symptomatique (alitement, fièvre, ...) : Poursuite de la contraception associée à une HBPM préventive type Lovenox 4000UI/jour et si poids > 90 kgs 6000 UI/jour jusqu'à guérison**

### Contraception hormonale progestative (en dehors de la contraception injectable par acétate de médroxyprogestérone)

Ce type de contraception n'est pas associé à des modifications de la coagulation : → poursuite de cette contraception

### Traitement hormonal de ménopause (THM)

#### 1. Estrogènes par voie orale :

Les estrogènes par voie orale augmentent le risque de MVTE. En raison des modifications de la coagulation sous-jacente et du délai du retour à un niveau de base (6 à 8 semaines), il semble raisonnable de réévaluer la balance bénéfice-risque et de modifier ce THM pour soit l'arrêter (balance bénéfice-risque défavorable) soit le modifier pour une voie percutanée associée à la progestérone naturelle ou dydrogestérone .

- **Si pas de facteur de risque surajouté et COVID-19 peu sévère : pas d'HBPM**
  - **Si facteur de risque surajouté et/ou COVID-19 sévère (alitement fièvre..) : HBPM préventive type Lovenox 4000UI/jour et si poids > 90 kgs 6000 UI/jour jusqu'à guérison**
2. Estrogènes par voie non orale (gel ou patch d'estradiol) : pas de sur-risque thromboembolique → poursuite du THM

### Traitement hormonal adjuvant (type Tamoxifène) :

Le Tamoxifène augmente le risque de MVTE. En raison des modifications de la coagulation sous-jacente et du délai du retour à un niveau de base (6 à 8 semaines), il ne semble pas raisonnable de modifier ce traitement compte tenu de la balance bénéfice risque

- **Si pas de facteur de risque surajouté et COVID-19 peu sévère : poursuite du traitement**
- **Si facteur de risque surajouté et /ou COVID-19 symptomatique (alitement, fièvre...) : HBPM préventive type Lovenox 4000UI/jour et si poids > 90 kgs 6000 UI/jour**

<sup>1</sup> CNEGM : Collège National des Enseignants de Gynécologie Médicale

<sup>2</sup> + Jacqueline Conard