

# 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, un groupe de travail issu du CARO, de la SFAR et du CNGOF<sup>†</sup> propose la stratégie d'évaluation et de prise en charge suivante (en date du 7 avril 2020)

- Pour toute femme enceinte COVID+ ou suspecte, dès la prise en charge initiale, ajouter **SYSTÉMATIQUEMENT 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

# 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, un groupe de travail issu du CARO, de la SFAR et du CNGOF<sup>†</sup> proposent la stratégie d'évaluation et de prise en charge suivante (en date du 7 avril 2020)

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

<b>FDR majeurs</b>	- ATCD personnels thromboemboliques - Thrombophilie asymptomatique à haut risque - Σ <sup>d</sup> des antiphospholipides symptomatique - O <sub>2</sub> thérapie par ONHD ou ventilation artificielle
<b>FDR mineurs</b>	- Obésité (IMC > 30) ou poids > 120 kg - Immobilisation prolongée et complète - Hospitalisation - O <sub>2</sub> thérapie ≤ 4l /min - Autres...

<b>Risque faible</b>	- Non hospitalisée ± FDR mineurs
<b>Risque modéré</b>	- Non hospitalisée avec FDR mineurs - Hospitalisée ± FDR mineurs
<b>Risque élevé</b>	- Hospitalisée + FDR majeurs

## PRÉVENTION DE LA MTEV EN PRÉ-PARTUM

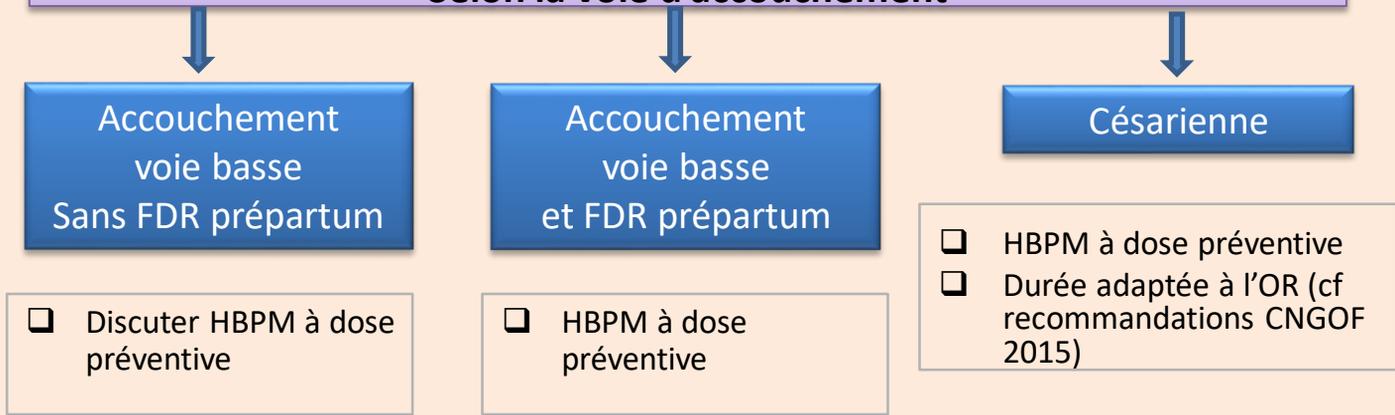
- **Risque faible:** Pas de prophylaxie
  - **Risque modéré:** HBPM à dose prophylactique standard (ex: enoxaparine 4000 UI /24h SC)
  - **Risque élevé:** HBPM à dose prophylactique renforcée (ex: enoxaparine 4000 UI /12h SC ou 6000 UI/12h SC si poids > 120 kg)\*
  - **Durée:** jusqu'à la guérison
  - **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<sup>ème</sup> 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

### Selon la voie d'accouchement



FDR: Facteur de risque; IMC: indice de masse corporelle (kg/m<sup>2</sup>, avant grossesse); ONHD: oxygène nasal à haut débit; MTEV: maladie thromboembolique veineuse; HBPM: héparine de bas poids moléculaire; APM: analgésie périmédullaire; OR: Odds ratio

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