

# 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, le CARO, la SFAR et le CNGOF proposent 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<sup>1</sup>)*
- *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.*

## CAT 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).

**CAT: conduite à tenir; APM: analgésie périmédullaire; APD: analgésie péridurale; RA: rachianesthésie**

<sup>1</sup> [Bonhomme F, Can J Anesth](#) 2016 ; 63(9):1007-15

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.

Propositions formulées par 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, le CARO, la SFAR et le CNGOF 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD personnels thromboemboliques</li> <li>- Thrombophilie asymptomatique à haut risque</li> <li>- <math>\Sigma^d</math> des antiphospholipides symptomatique</li> <li>- O<sub>2</sub>thérapie par ONHD ou ventilation artificielle</li> </ul>
<b>FDR mineurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité (IMC &gt; 30) ou poids &gt; 120 kg</li> <li>- Immobilisation prolongée et complète</li> <li>- Hospitalisation</li> <li>- O<sub>2</sub>thérapie <math>\leq</math> 4l /min</li> <li>- Autres...</li> </ul>

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

## PRÉVENTION DE LA MTEV EN PRÉ-PARTUM

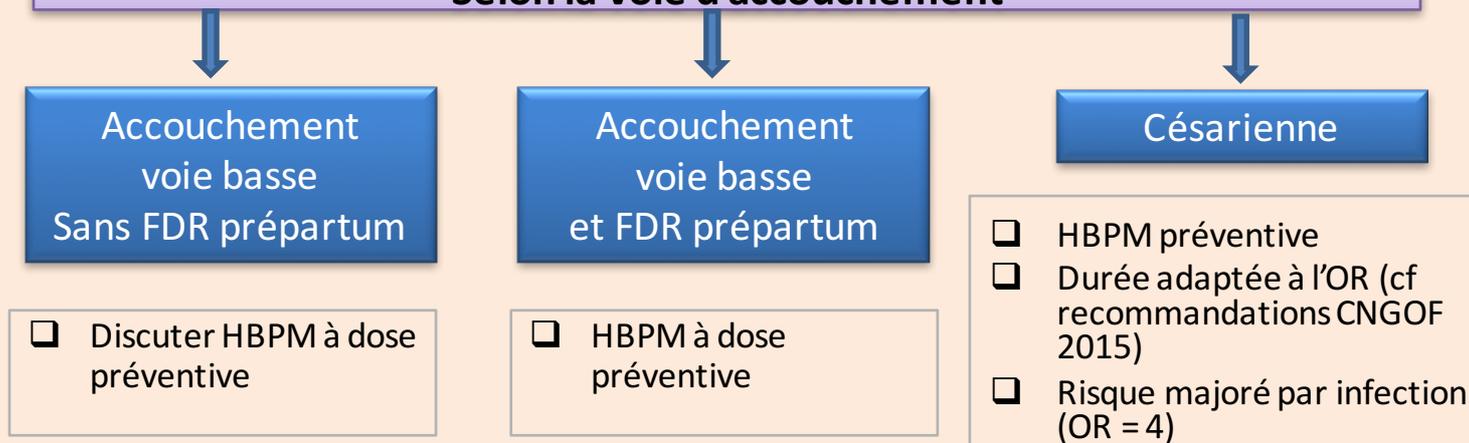
- **Risque faible:** Pas de prophylaxie
- **Risque modéré:** HBPM à dose prophylactique standard (ex: enoxaparine 4000 UI /24h SC)
- **Risque élevé:** HBPM à dose prophylactique renforcée (ex: enoxaparine 4000 UI /12h SC ou 6000 UI/12h SC si poids > 120 kg)\*
- **Durée:** jusqu'à la guérison
- **Ne pas débiter la prophylaxie si accouchement imminent (avis obstétrical)**  
\* HBPM à dose prophylactique renforcée, surveiller l'activité anti-Xa 4 heures après la 3ème 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; Venti arti: ventilation artificielle; MTEV: maladie thromboembolique veineuse; HBPM: héparine de bas poids moléculaire; APM: analgésie périmédullaire; OR: Odd ratio

Propositions formulées par Prs H. KEITA-MEYER, L. MANDELBROT, F.J. MERCIER, D. BENHAMOU