

## Pathologie veineuse périphérique au cours de la grossesse

● H. Benoit\*

**E**nviron une femme sur deux constate l'apparition de désordres veineux au cours de sa grossesse, le plus souvent au cours de la deuxième grossesse, et dans plus de la moitié des cas dès le premier trimestre, avec un pic au cinquième mois (1).

Toute la palette des troubles veineux peut se voir, avec une particularité : leur complète disparition ou atténuation dans les semaines qui suivent l'accouchement.

La raison de cette prépondérance tient au fait que, aux facteurs de risque classiques de pathologie veineuse, se surajoutent des causes propres à la grossesse :

– **un facteur hormonal** représenté par l'effet myorelaxant des œstrogènes, dont le taux augmente dès le début de la grossesse. La présence de récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone a été constatée dans les veines saphènes (2, 3) ;

– **un facteur mécanique**, de moindre importance, à savoir la compression des gros troncs veineux du petit bassin et de la veine cave supérieure par l'utérus gravide. L'hyperlordose de la grossesse accentuera encore la compression des vaisseaux gauches (syndrome de Cockett) (4) ;

– **des modifications de la viscosité sanguine**, totalement physiologique, qui doivent permettre de s'opposer au risque hémorragique de la délivrance, mais qui font peser sur la grossesse un risque de thrombose.

### INSUFFISANCE VEINEUSE ET GROSSESSE

Les signes cliniques (1) diffèrent peu de ceux rencontrés en dehors de la grossesse.

Lors de l'interrogatoire, les femmes présentant une insuffisance veineuse se plaignent plus particulièrement de crampes, de jambes lourdes, d'œdèmes vespéraux, de paresthésies ou d'engourdissements. Ces signes s'aggravent lors de la position debout ou en cas de chaleur.

À l'examen clinique, on retrouve des œdèmes localisés surtout dans les régions périmalléolaires ou sur le dos du pied.

La survenue de varices tronculaires ou réticulaires est le plus souvent précoce, dès le premier trimestre dans 70 % des cas. Leur volume augmente progressivement au cours de la grossesse, parfois de façon considérable. Diffuses, voire anarchiques dans leur topographie, leur aspect surprend souvent,

avec des formes stellaires ou en lacis turgescent, de couleur violette ou rubis ; dans la grande majorité des cas, ces varices régressent, voire disparaissent totalement, dans les trois mois suivant l'accouchement (figure 1).



Les varices préexistantes à la grossesse ne régressent pas et sont, bien au contraire, souvent aggravées.

Certaines localisations variqueuses sont plus particulièrement liées à la grossesse, comme **les varices vulvaires et vaginales** (6, 7). Elles se rencontrent dans près de 20 % des cas ; souvent unilatérales, apparaissant au troisième trimestre, elles peuvent être énormes, gênant la marche et la station debout, et responsables de dyspareunies, de pesanteurs vaginales et de prurit. Elles régressent en général spontanément après l'accouchement.

**Les varices périnéales**, moins spécifiques, sont en communication avec le réseau pelvien. Elles siègent à la face interne des deux cuisses, alimentant en général un reflux veineux qui se draine dans le tronc saphène interne.

Deux complications des varices, non spécifiques de la grossesse, peuvent apparaître :

– **la thrombose veineuse superficielle**, ou thrombose variqueuse, se présente comme un cordon dur, chaud, douloureux, rouge sur un trajet variqueux. La contention élastique adaptée est le traitement essentiel. Seules les thromboses extensives des axes saphéniens se rapprochant des croses, et présentant donc un risque de migration vers le réseau veineux profond, nécessitent un traitement anticoagulant.

\* Angéiologue, 19, square de Verdun, 92310 Sèvres.

– **la rupture variqueuse**, rare, survient en général après un traumatisme même minime ; la rupture d'une simple petite bulle variqueuse peut occasionner un saignement abondant. Le traitement consiste à surélever le membre durant quelques minutes et à réaliser un pansement compressif sur la zone variqueuse hémorragique ; une sclérothérapie de la varice sus-jacente pourra être réalisée quelques jours plus tard.

Au cours de la grossesse, le but du traitement est essentiellement d'empêcher l'extension de la maladie variqueuse, d'éviter la survenue de complications et de supprimer l'inconfort. Mais, contrairement à l'insuffisance veineuse classique, les techniques chirurgicales et la sclérothérapie ne sont que des indications exceptionnelles (8).

**Les règles hygiéno-diététiques** auront une place essentielle : il faudra surveiller rigoureusement la prise de poids et maintenir une activité physique régulière tout au long de la grossesse. Les talons trop hauts ou trop plats, les positions debout ou assise prolongées ainsi que les vêtements trop serrés devront être proscrits. Enfin, les douches fraîches sur les jambes auront une action préventive et antalgique par la vasoconstriction qu'elles entraînent et les pieds du lit seront surélevés de 5 à 10 cm.

**La contention élastique** représente le traitement de choix des varices de la grossesse. Son action est à la fois préventive et curative. Le choix du modèle – chaussettes, bas cuisse ou collants de maternité – sera dicté par la topographie des varices.

**Les phlébotoniques** sont nombreux sur le marché. Sans effet délétère sur la grossesse, ils associent, à des degrés divers, quatre types de propriétés pharmacologiques : anti-œdémateuse, antalgique, anti-inflammatoire et rhéologique. Le choix devra être fonction de la plainte de la patiente.

## MALADIE VEINEUSE THROMBOEMBOLIQUE ET GROSSESSE

La grossesse est associée à un état d'hypercoagulabilité qui débute dès le deuxième mois et atteint son apogée lors de l'accouchement (6, 9, 10) : augmentation du fibrinogène et diminution de la protéine S et de l'antithrombine III en début de grossesse ; puis augmentation progressive des marqueurs d'activation de la coagulation (D-dimères et complexes thrombine-antithrombine) et, enfin, élévation de plusieurs facteurs de coagulation pendant le dernier trimestre.

Cet **état physiologique d'hypercoagulabilité**, associé au ralentissement des flux circulatoires, à la compression mécanique et aux modifications pariétales, explique l'augmentation de l'incidence de la maladie thromboembolique chez la femme enceinte.

La grossesse est d'ailleurs souvent l'occasion de la découverte d'une thrombophilie acquise ou congénitale favorisant le processus thrombotique.

La survenue d'une thrombose veineuse pendant la grossesse et le post-partum d'une femme ayant une thrombophilie congénitale est variable selon le type de déficit : faible pour un déficit en protéine C ou S (10 à 20 %) ainsi que chez les femmes por-

teuses d'une mutation en facteur V, il atteint 30 à 40 % en cas de déficit en antithrombine III (11, 12).

Cliniquement, **la thrombose veineuse profonde** chez la femme enceinte ne présente aucune spécificité par rapport à celle de la femme non gravide. Le diagnostic doit être évoqué devant l'apparition d'un œdème, d'une douleur et d'une rougeur de **répartition unilatérale**.

Le dosage des D-dimères, dont le résultat est rapidement obtenu par méthode Elisa, n'a pas de valeur dans ce contexte, car son taux est progressivement augmenté au cours de la grossesse.

L'échographie doppler veineux des membres inférieurs est l'examen de première intention ; non invasif et non irradiant, il permet de visualiser directement le thrombus et la non-compressibilité de la veine, avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 98 %.

L'exploration de la veine cave inférieure et des veines iliaques, à la recherche du niveau supérieur du thrombus, peut être difficile si l'examen est réalisé près du terme ou en cas de grossesse multiple.

Comme toute thrombose veineuse profonde, la thrombose veineuse au cours de la grossesse peut se révéler par une **embolisation pulmonaire**. Les signes cliniques ne sont pas différents chez les femmes enceintes, mais ils peuvent être trompeurs, car, dans ce contexte, dyspnée, sueurs, malaises et douleurs thoraciques sont facilement rapportés à l'état de gravidité, et donc négligés.

La scintigraphie pulmonaire de perfusion (ou ventilation-perfusion en cas de radiographie thoracique anormale) est l'examen de première intention (13). Peu irradiante, la scintigraphie permet d'éliminer le diagnostic en cas de normalité et d'évoquer l'embolie en cas de défaut de perfusion segmentaire. Cependant, bon nombre de patients ont une situation intermédiaire, qui ne permet pas de trancher. Dans ce contexte, l'échographie-doppler veineux des membres inférieurs prend toute sa valeur, puisque la visualisation d'un thrombus sera en faveur d'une embolie pulmonaire. Dans le cas contraire, il faudra réaliser une angiographie pulmonaire en "économisant" les incidences.

**Le traitement de la maladie thromboembolique pendant la grossesse** repose sur l'héparine. En effet, les antivitamines K, qui franchissent la barrière placentaire, avec donc un risque tératogène important et maximal entre la 6<sup>e</sup> et la 12<sup>e</sup> semaine de gestation, n'ont plus leur place pendant la grossesse (14).

**L'héparine non fractionnée** est administrée initialement par voie intraveineuse, à la seringue électrique, ou directement par voie sous-cutanée, en deux injections quotidiennes, avec une posologie adaptée pour que l'héparinémie se situe entre 0,2 et 0,3 UI/ml.

**Les héparines de bas poids moléculaire (HBPM)** ont une activité antithrombotique équivalente et, comme l'héparine standard, ne franchissent pas la barrière placentaire. Leur biodisponibilité est plus élevée, avec une durée de vie plus longue autorisant une seule injection par jour. Cependant, elles n'ont

pas encore obtenu l'autorisation de mise sur le marché chez la femme enceinte, et ce en dépit d'une utilisation largement répandue, mais qui reste sous la seule responsabilité du prescripteur.

En cas de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs, le repos au lit jambes surélevées est toujours nécessaire en début de traitement. Le lever est conseillé après 48 heures d'anticoagulation efficace et avec une contention élastique adaptée.

Le traitement héparinique curatif doit être poursuivi pendant toute la grossesse et pendant une durée d'au moins 6 semaines après l'accouchement. Le relais par les antivitamines K peut se faire 10 à 15 jours après l'accouchement en cas de non-allaitement.

**La contention élastique** est le deuxième volet essentiel du traitement de la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs. Elle devra être adaptée à la topographie du thrombus, maintenue pendant tout le temps du traitement anticoagulant, et prolongée au-delà en fonction des séquelles pariétales observées à l'écho-doppler, afin de prévenir l'apparition d'un œdème postphlébitique.

**Le traitement préventif** des patientes enceintes ayant des antécédents de thrombose veineuse profonde n'est pas encore parfaitement standardisé (15) : la contention élastique est obligatoire ; une prophylaxie par héparine non fractionnée est habituellement recommandée dès le début de la grossesse, et jusqu'à 6 semaines après l'accouchement, à raison d'une injection de 5 000 UI toutes les 12 heures. Ce traitement est également recommandé chez les patientes porteuses d'un syndrome des antiphospholipides ou ayant un déficit connu en facteur de la coagulation (protéine C, S et antithrombine III), ainsi qu'en cas d'alitement et au décours d'une césarienne.

Les HBPM sont, bien sûr, également largement utilisées, mais avec les mêmes réserves concernant leur absence d'autorisation d'utilisation chez les femmes enceintes.

**En conclusion**, il faut insister sur l'importance de la **notion de potentiel évolutif de la maladie veineuse**, dont les poussées surviennent aux moments clés de la vie hormonale.

La grossesse est un de ces moments propices, soit révélateur, soit aggravant d'une pathologie veineuse des membres inférieurs.

Les différents traitements proposés viseront à contrôler les symptômes et à prévenir les complications. ■

#### R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. Priollet P. *Press Med* 1994 ; 23 : 229-35.
2. Belaisch J. *Rev Fr Gynecol Obst* 1991 ; 86 (2bis) : 172-4.
3. Lointier P, Martin PM, Bobin JY, Bruhat MA, Saez S. *Rev Fr Gynecol Obst* 1982 ; 77 : 435-8.
4. Lemaire R. *Rev Fr Gynecol Obst* 1991 ; 86 (2bis) : 172-4.
5. Huisman A. *Rev Fr Gynecol Obst* 1991 ; 86 (2bis) : 143-7.
6. Levesque H. *Grossesse et pathologie vasculaire*. In : Devulder B. *Médecine vasculaire*. Paris : Masson, 1998 : 364-5.
7. Ramelet AA. *Veines, grossesse et hormones*. In : Phlébologie. Paris : Masson, 1999 : 145-56.
8. Hughe CH. *L'insuffisance veineuse des membres inférieurs au cours de la grossesse*. *Actualités d'angéiologie* 2000 ; 232 : 44-6.
9. Greer IA. *Thrombosis in pregnancy: maternal and fetal issues*. *Lancet* 1999 ; 353 : 1258-65.
10. Greer IA. *The special case of venous thromboembolism in pregnancy*. *Haemostasis* 1998 ; 28 (3, suppl.) : 22-35.
11. Conard J, Horellou MH, Vandreden P, Lecompte T, Samama M. *Thrombosis and pregnancy in congenital deficiencies in AT III, protein C or S*. *Study of 78 women*. *Thromb Haemost* 1990 ; 63 : 319-20.
12. Horellou MH, Conard J, Samama M. *Thrombophilie familiale*. *Encycl Med Chir, Angéiologie, 19-2080*. Paris : Elsevier, 1997 ; 6 pages.
13. Hull RD, Raskob G., Coates G et al. *Clinical validity of a normal perfusion lung scan in patients with suspected pulmonary embolism*. *Chest* 1990 ; 97 : 23-6.
14. Hirsh J. *N Engl J Med* 1991 ; 324 : 1865-75.
15. Priollet P. *Thromboses veineuses des membres et grossesse*. In : Priollet P, Samama M. *Thrombose veineuse des membres*. Paris : Doin, 1994 ; 141-6.



À tous nos lecteurs, à tous nos abonnés

La Lettre du Gynécologue

vous souhaite un bel été et vous remercie  
de la fidélité de votre engagement

Belles lectures ensoleillées

Le prochain numéro paraîtra en septembre

## Contention élastique en gynécologie obstétrique

La contention élastique est le mode de traitement mécanique le plus simple destiné à contrôler ou à prévenir les complications de l'insuffisance veineuse des membres inférieurs développée au cours de la grossesse.

### Quelques règles sont incontournables :

1. La contention, plus encore qu'un médicament, doit être expliquée aux patientes. Mieux elle sera comprise, mieux elle sera portée.

2. La contention doit être prescrite dès les premiers signes fonctionnels, ou dès l'apparition de dilatations veineuses ou de téléangiectasies.

3. La contention doit être adaptée aux stades de la maladie et à la topographie des symptômes ; le choix de la pression est primordial.

4. Le choix de la contention doit tenir compte des considérations esthétiques de la patiente : âge, mode de vie, activité professionnelle. C'est sûrement la raison principale d'une bonne observance.

5. La prescription d'une contention élastique doit être aussi précise que possible, détaillant :

- **Le modèle :** collant de maternité, hémicollant droit ou gauche, bas cuisse auto-fixant ou non, chaussettes ;
- **La marque et le nom du bas ;**

• **La classe de contention :** I à IV ;

• **La quantité prescrite ;**

• **Les mensurations** (niveaux différents selon les marques) seront idéalement prises le matin. Prescription de "sur mesure" pour les morphologies particulières.

6. La contention doit être renouvelée dès que l'usure diminue l'efficacité : en moyenne, tous les quatre à six mois avec un entretien adapté.

### Choix de la force de contention :

• **Classe 1 :** 10 à 15 mmHg à la cheville. Prescrite pour une symptomatologie d'insuffisance veineuse superficielle, sans varice, ou avec des varices bien tolérées de calibre modéré (inférieur à 5 mm).

• **Classe 2 :** 15 à 20 mmHg à la cheville. Proposée pour des varices de calibre moyen (entre 5 et 10 mm), bien tolérées, non compliquées, et en cas d'antécédents de thrombose veineuse profonde.

• **Classe 3 :** 20 à 36 mmHg à la cheville. Prescrite pour des varices d'un calibre important (supérieur à 10 mm), en cas de souffrance tissulaire (hypodermite, ulcère) ou de complication aiguë (thrombose veineuse profonde ou superficielle), et pour les syndromes post-thrombotiques.

Les articles publiés dans "La Lettre du Gynécologue" le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

© janvier 1984 ÉDIMARK S.A.

Imprimé en France - DIFFERDANGE - 95100 Sannois - Dépôt légal à parution.