

grossesse sur la santé maternelle et foétale : à propos de 8 cas

N. KACI , M. HEDLI , I. BRIHMAT , H. BENDAOU

Service de Gynécologie Obstétrique EPH KOUBA, Alger

Introduction

Les coagulopathies héréditaires touchent tant les hommes que les femmes. Leurs symptômes sont assez variables selon le type et la gravité de la maladie en question.

En présence d'un degré de gravité semblable, les femmes sont souvent plus symptomatiques que les hommes, et ce, en raison de saignements menstruels excessifs et de l'hémorragie périnatale. La maladie de von Willebrand (MvW) est la coagulopathie héréditaire la plus fréquemment constatée ; on retrouve par la suite les légères déficiences en facteurs de coagulation et les troubles plaquettaires légers.

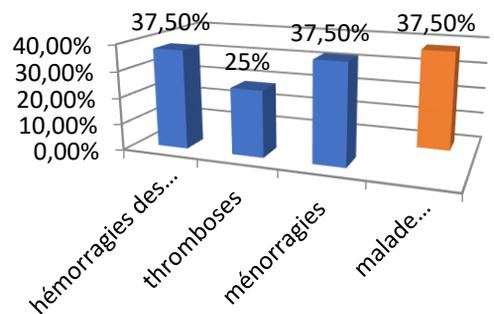
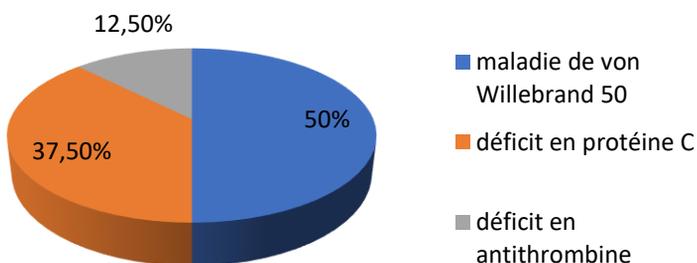
PATIENTES ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive se déroulant au sein de l'établissement de santé publique -BACHIR MENTOURI- ALGER, l'étude regroupe 8 patientes qui ont été hospitalisées au niveau du service de gynécologie obstétrique de l'hôpital sur une période allant du 1er mai 2023 au 31 mai 2024. 4 patientes sont atteintes de la maladie de von Willebrand ; 3 atteintes de déficit en protéine C et une atteinte de déficit en antithrombine. Pour chaque patiente, nous avons collecté des données telles que son âge, sa gestité et parité, ses antécédents physiologiques, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, et familiaux, son suivi de grossesse, le type de la coagulopathie, les données cliniques et paracliniques, le déroulement de l'accouchement et le suivi post partum.

DISCUSSION

L'hémorragie attribuable à la coagulopathie en tant que telle est plutôt rare au cours de la grossesse. Lorsqu'une intervention diagnostique (p. ex. amniocentèse) ou thérapeutique effractive est prévue au cours de la grossesse, les taux de facteur (correspondant à la pathologie) devraient être évalués avant la mise en route de l'intervention en question. Lorsque la future mère est une conductrice de l'hémophilie, le conseil génétique s'avère obligatoire. Le diagnostic prénatal déborde du cadre du présent document. Dans le cas des pathologies liées au chromosome X, la détermination du sexe de l'enfant à naître est recommandée, puisque cette information s'avèrera utile pour l'obstétricien au moment de l'accouchement. Dans le cadre des préparatifs à l'accouchement, les taux de facteur devraient être évalués au cours du troisième trimestre (préférentiellement entre la 32e et la 34e semaine de gestation). A la suite de l'évaluation de ces taux au cours du troisième trimestre, les recommandations finales en ce qui concerne l'accouchement devraient faire l'objet d'une discussion avec la patiente et être consignées dans le dossier

Type de coagulopathies



Il est important que les femmes qui présentent une coagulopathie grave ou dont le fœtus court le risque de présenter une coagulopathie grave accouchent dans un hôpital ayant accès à des conseillers en obstétrique, en anesthésie, en hématologie et en pédiatrie. L'accès à un service transfusionnel approprié doté des facteurs de coagulation nécessaires, au besoin, est également obligatoire.

La présence d'une coagulopathie héréditaire ne constitue pas en tant que telle une indication de procéder à un accouchement par césarienne; la décision de procéder à une telle intervention devrait être fondée sur des indications de nature obstétricale(6). L'accouchement devrait être aussi atraumatique que possible; les intervenants devraient s'assurer de minimiser les risques de lacérations au niveau du périnée et des voies génitales maternelles. Le recours à la ventouse obstétricale et aux forceps devrait être évité

Post-partum

Au sein de la population générale, le risque d'hémorragie post-partum précoce (au cours des 24 premières heures à la suite de l'accouchement) est de 4 % à 5 %. Ce risque est de 16 % à 22 % chez les patientes présentant une MvW, une déficience en facteur XI, ainsi que chez les conductrices de l'hémophilie, ce qui constitue une nette hausse (3,7). Le risque d'hémorragie post-partum tardive connaît également une hausse pour atteindre de 11 % à 24 % des femmes présentant une coagulopathie

Lorsque le nouveau-né court le risque de présenter une coagulopathie grave, des prélèvements sanguins doivent être effectués sur le cordon ombilical afin de déterminer le taux du facteur qui fait défaut chez la mère

CONCLUSION

Le risque hémorragique d'une part et thromboembolique d'autre part impose une parfaite connaissance de la maladie et une prise en charge multidisciplinaire avec la collaboration d'hématologiste, d'obstétricien, d'anesthésiste et de pédiatre afin d'encadrer au mieux l'accouchement qui doit être programmé.

REFERENCES:

- 1.Chediak JR, Alban GM, Maxey B. « von Willebrand's disease and pregnancy: management during delivery and outcome of offspring », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 138, 1986, p. 618-24.
2. Greer IA, Lowe GDO, Walker JJ, Forbes CD. « Haemorrhagic problems in obstetrics and gynaecology in patients with congenital coagulopathies », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 98, 1991, p. 909- 18.
3. Kadir RA, Lee CA, Sabin CA, Pollard D, Economides DL. «Pregnancy in women with von Willebrand's disease or factor XI deficiency», *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 105, 1998, p. 314-21.
- . Mannucci PM. « Treatment of von Willebrand disease », *Thromb Haemost*, vol. 80, 2001, p. 149-53.