

Syndrome de Budd-Chiari (SBC) Thrombose de la veine porte et grossesse

Dr Aurélie Plessier
Centre de Référence des Maladies Vasculaires du Foie
Service d'Hépatologie
Hôpital Beaujon - Clichy

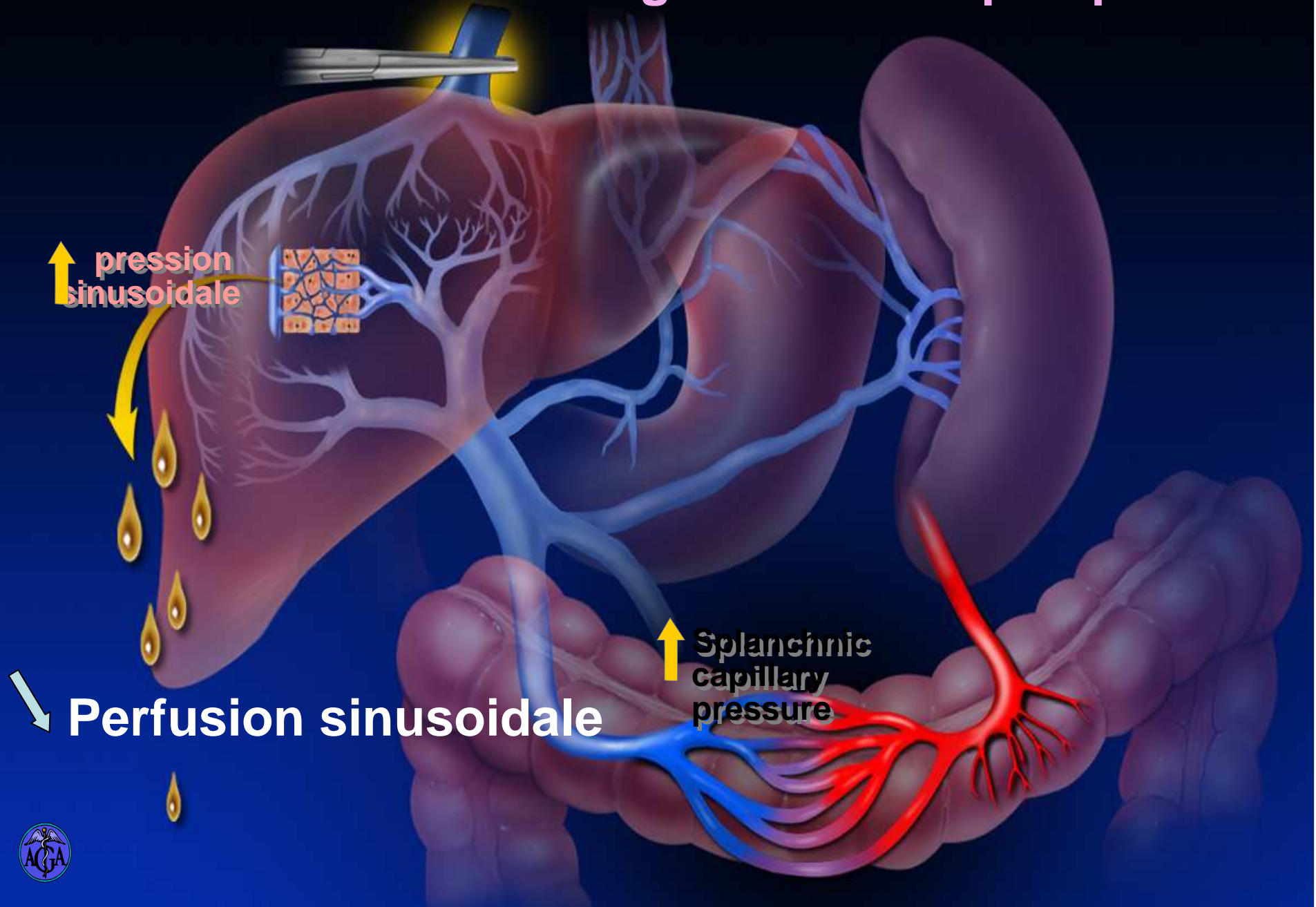
Plan

- Causes et traitements des causes
 - Grossesse et SBC
 - Diagnostic au moment de la grossesse
 - Diagnostic à distance de la grossesse
 - Grossesse et TVP
 - Diagnostic au moment de la grossesse
 - Diagnostic à distance de la grossesse
 - Conclusion
-

Traitements et grossesse: Centre de référence des agents tératogènes

Hydroxyurée	Mutagène, tératogène, embryolétal
Anagrélide	Contre-indiqué passage placentaire
Interferon alpha	Possible mais peu de données
Interferon pégylé	Possible mais peu de données
Plaquénil/imurel	Possible passe le placenta
Corticoides/colch	Possible beaucoup de données
Endoxan	Mutagène, tératogène, embryolétal
Eculizumab	Avis RD: ne pas arrêter, introduire ATC et Eculi, risque thrombose postpartum+++

Obstruction du drainage veineux hépatique



Syndrome de Budd-Chiari révélé par une grossesse

7 femmes/43

Diagnostic de SBC fait :

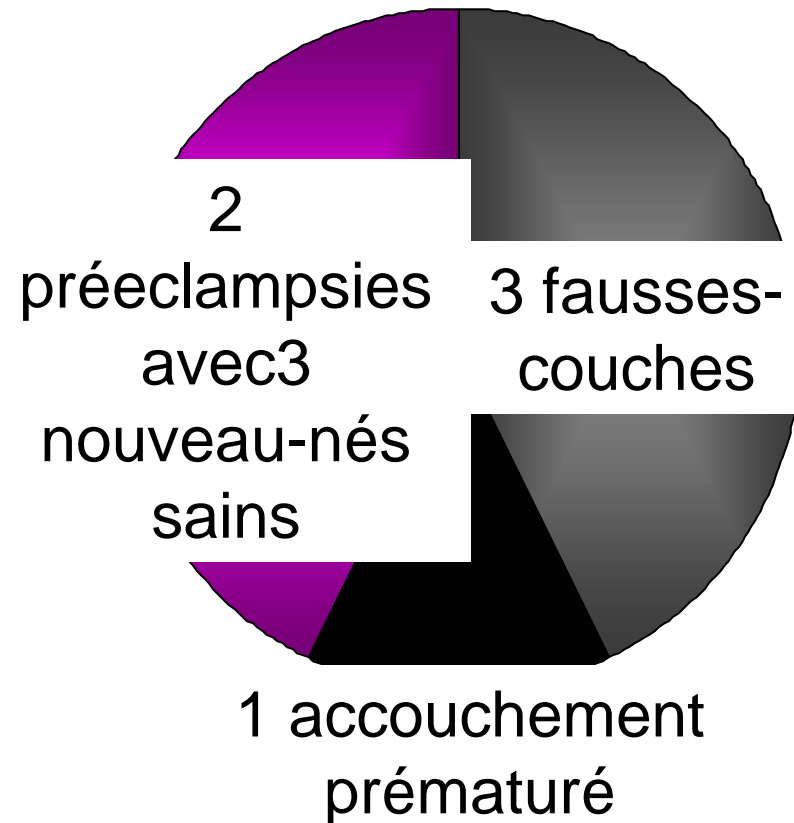
- Pendant la grossesse (n=3)
- En post-partum (n=4)

- 2 TIPS

- 1 Transplantation
hépatique en urgence

Toutes vivantes à 39
mois (8-121)

Rautou, Gut 2009



Diagnostic échographie doppler
Traitement idem, TIPS possible

Grossesse au cours du suivi du syndrome de Budd-Chiari

Author, Year	Number of pregnancies	Treatments before pregnancy	Outcome of pregnancy
Powel-Jackson, 1982 ¹³	2	None	NA
Huguet, 1984 ¹⁴	1	Mesocaval shunt, then cavoatrial bypass	Intrauterine death at 6 months gestation
Vons, 1984 ¹⁵	1	Mesocaval shunt 2 years earlier	Uneventful pregnancy. Healthy newborn
Vons, 1984 ¹⁵	2	None	Uneventful pregnancies. Healthy newborns
Marpeau, 1987 ¹⁶	1	Mesoatrial shunt 4 months earlier	Uneventful pregnancy. Healthy newborn
Ouwendijk, 1994 ¹⁷	1	None	Miscarriage at 4 weeks gestation
Ramsey, 1998 ¹⁸	1	OLT 5 years earlier	Preeclampsia at 35 weeks gestation. Marginal placental abruption. Healthy newborn
Coelho, 2002 ¹⁹	1	OLT 16 months earlier	Mild arterial hypertension. Two healthy girls at 37 weeks gestation
Martinelli, 2006 ²⁰	1	TIPS 10 years earlier	Delivery at 27 weeks gestation. Newborn dead 2 days later

Grossesse au cours du suivi du syndrome de Budd-Chiari

20 femmes ayant eu ≥ 1 grossesse au cours du suivi de leur syndrome de Budd-Chiari
(diagnostic à Barcelone, Clichy ou Vienne de 85-2005)

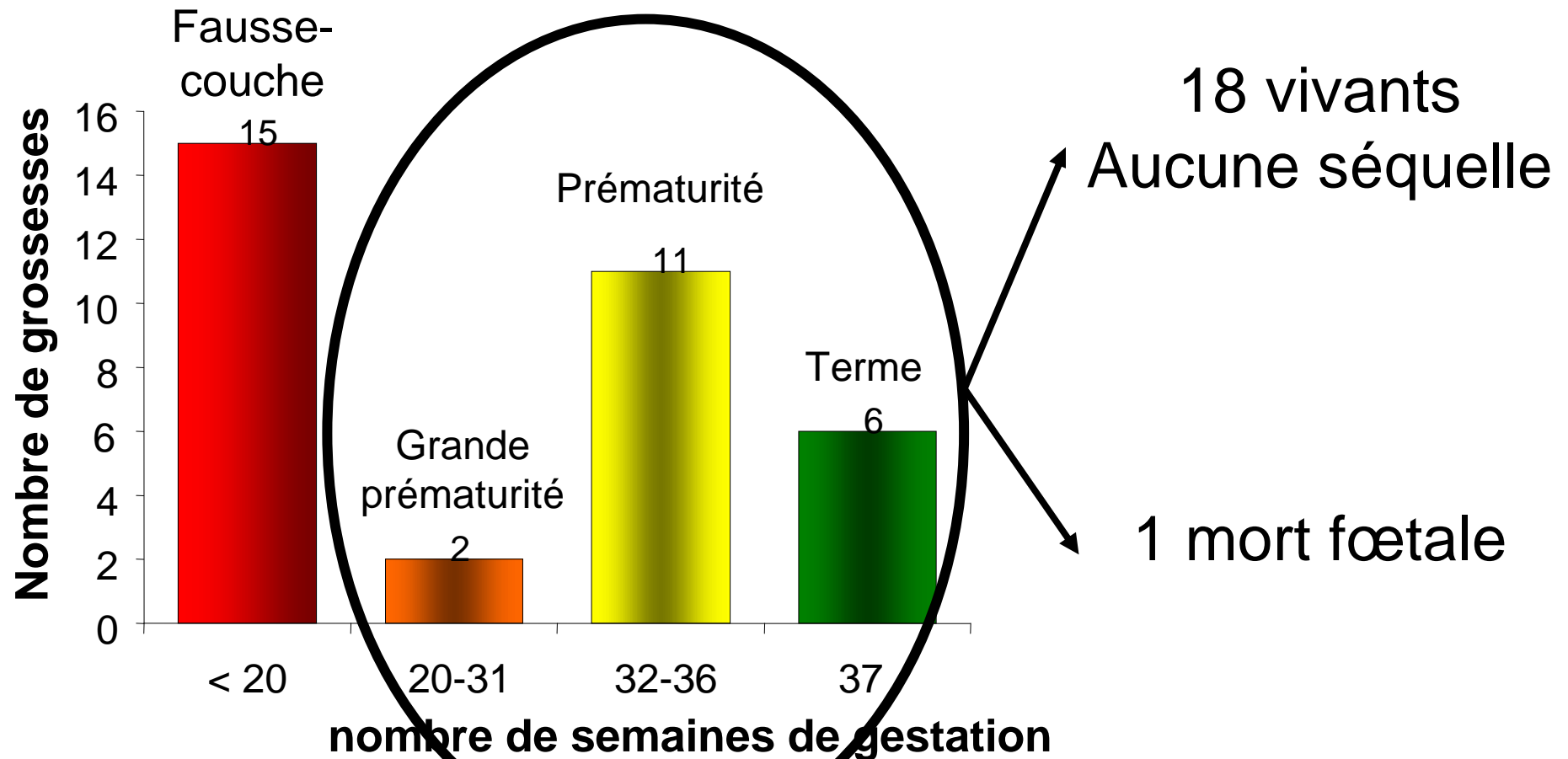
Grossesse au cours du suivi du syndrome de Budd-Chiari

- Caractéristiques maternelles :
 - 20 femmes, 29 ans (16-41 ans)
 - 14 traitements invasifs, 59 mois avant la grossesse (4 angioplasties, 2 TIPS, 6 shunts chirurgicaux et 2 TH)
 - 34 grossesses :
 - 66 (4-184) mois après le diagnostic de SBC
 - patientes asymptomatiques depuis plusieurs mois (Child-Pugh à 6,6)
 - anticoagulation (n=24) ou antiagrégants (n=4)
-

Grossesse au cours du suivi du syndrome de Budd-Chiari : Evolution maternelle

- Complications obstétricales :
 - hématome intra-utérin (n=3)
 - prééclampsie (n=1)
 - placenta prævia (n=1)
 - Complications hépatiques : ascite chez 2 malades :
 - 1 après thrombose porte ← thrombopénie induite par l'héparine
 - 1 après obstruction du TIPS, sans anticoagulation
 - Survie : toutes vivantes 30 mois (2-119) après leur dernière grossesse
-

Grossesse au cours du suivi du syndrome de Budd-Chiari : Evolution foetale

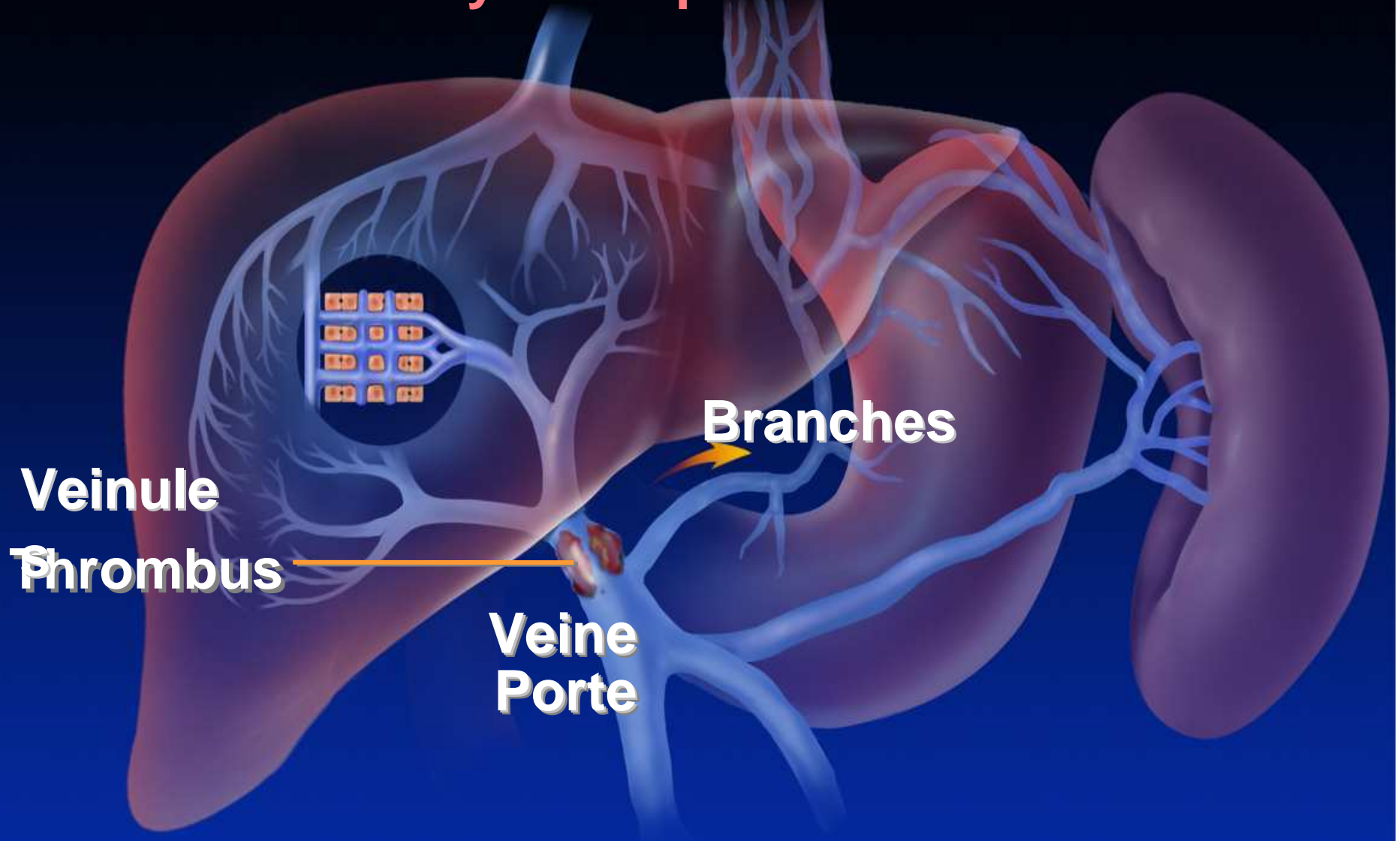


Résumé

- Grossesse possible quand maladie hépatique stabilisée
- Risque modéré chez mère essentiellement hémorragique: monitoring anticoagulant++
- Risque fausse couche et prématurité augmentés

Thrombose veineuse portale

Obstruction du système porte



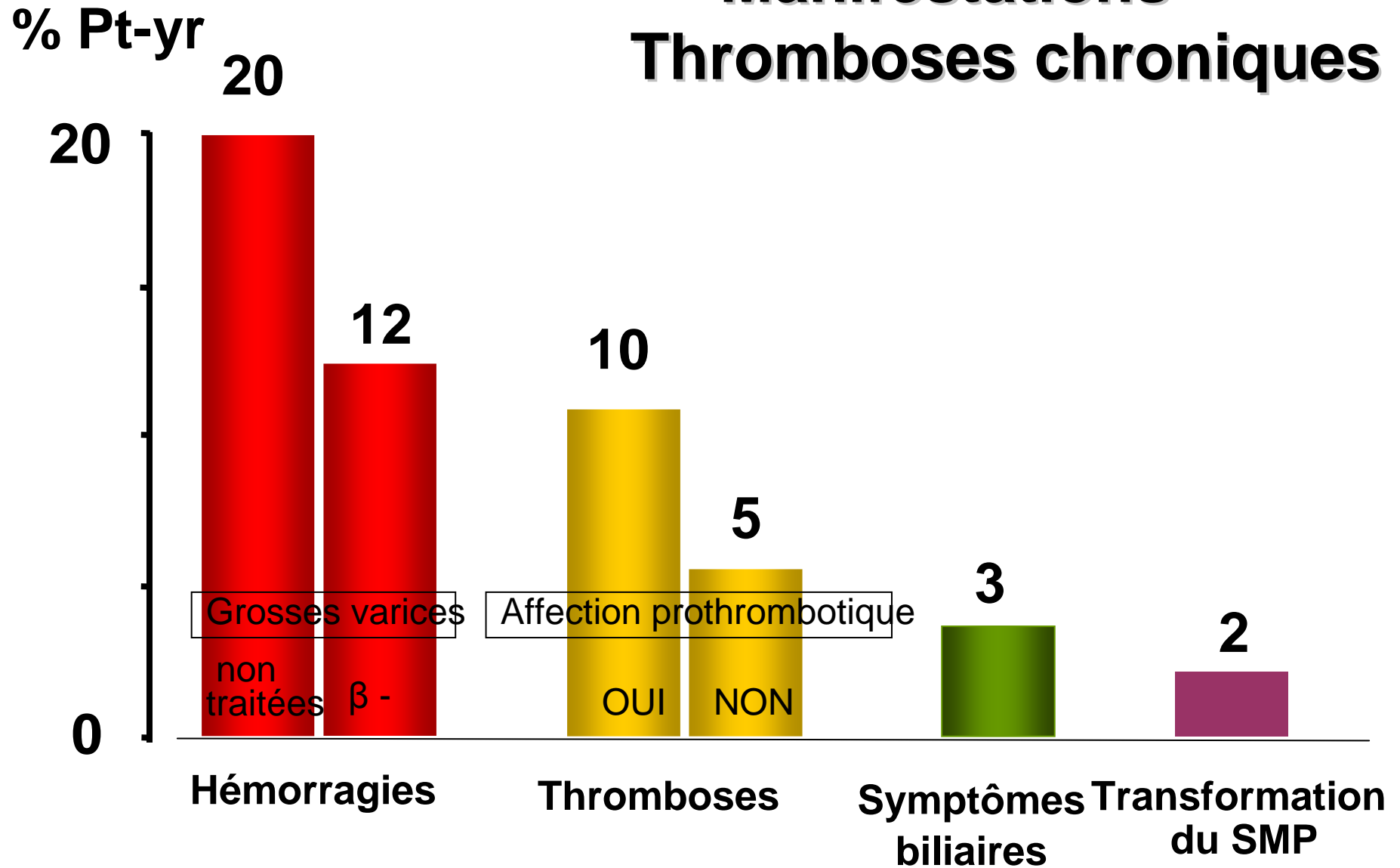
Veinule

Phrombus

Veine
Porte

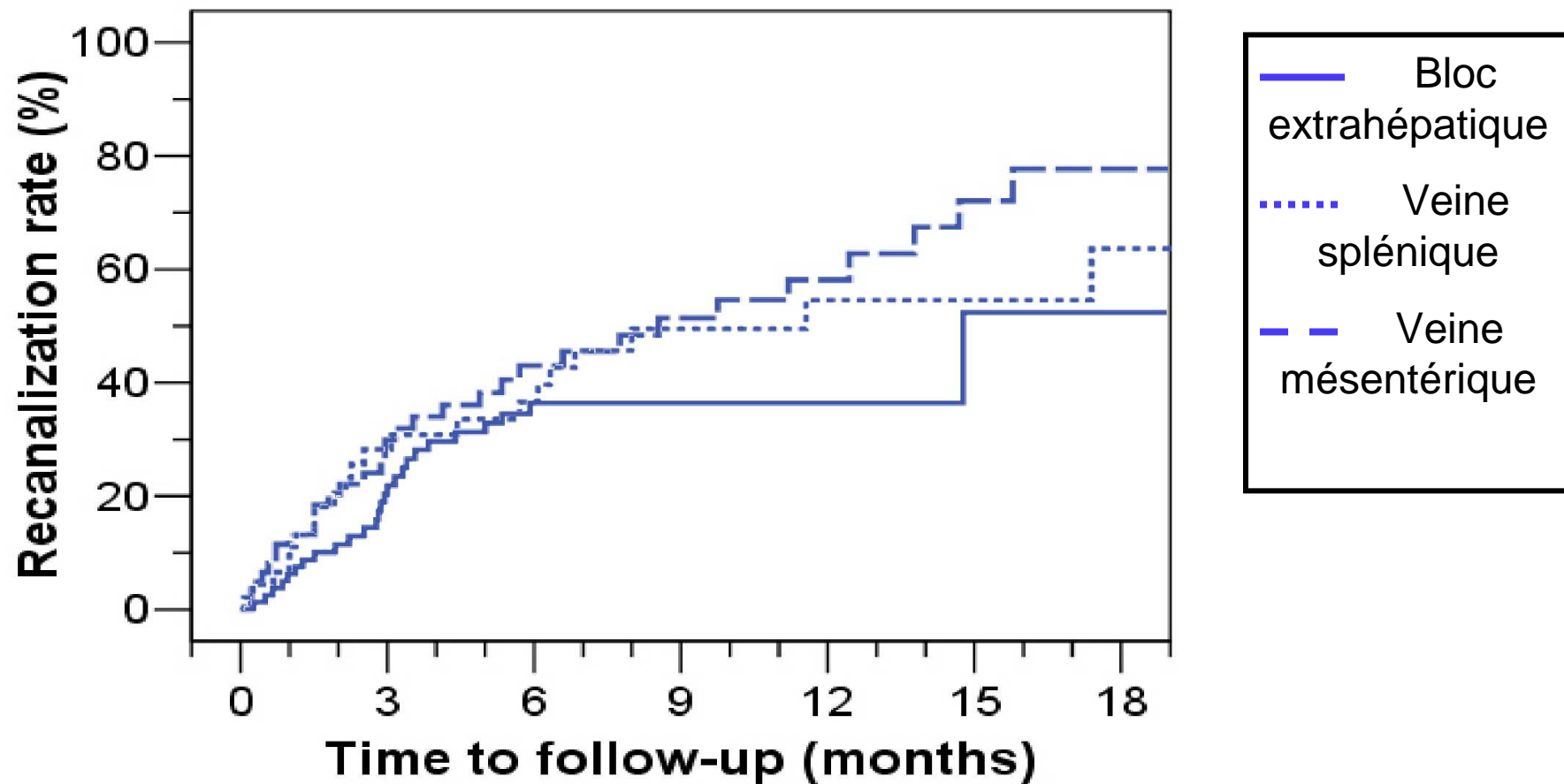
Branches

Manifestations Thromboses chroniques



Chaït et al. Br J Haematol 2005
Condat et al. Hepatology 2003
Condat et al. Gastroenterology 2001

Recanalisation complète



Tt anticoagulant et TVP chronique

**Affection prothrombotique
persistante ?**

Ischémie mésentérique ?

Thrombus mésentérique ?

Oui

Non

Anticoagulants à vie

Anticoagulants 6 mois

TVP révélée par une grossesse

- Rarement cause de TVP
- 2.5% vs 14% avec thrombose veineuse profonde*
- Associé à une thrombophilie
- Traitement anticoagulant
 - Si indication à anticoagulant long court: HBPM Curatif
 - Si pas d'indication anticoagulant: préventif intermédiaire HBPM 100 UI/kg/jr

*Primignani, Hepatology 2005

Grossesse au cours du suivi de la thrombose veineuse portale

Auteurs	Semaine grossesse	Accouchement	Complications post partum
Bayraktar	31	C (urgence) detresse foetale +splenectomie	Non
Tuncer	37	C (elective)	Non
Hackmon-Ram	34	C urgence douleurs abdo severes	Non
Kuczkowski	37	C (elective)	Non
Wax	40	Induction / Vaginale	Non

Ducarme, Gynecologic and Obstetric Investigation, 2009

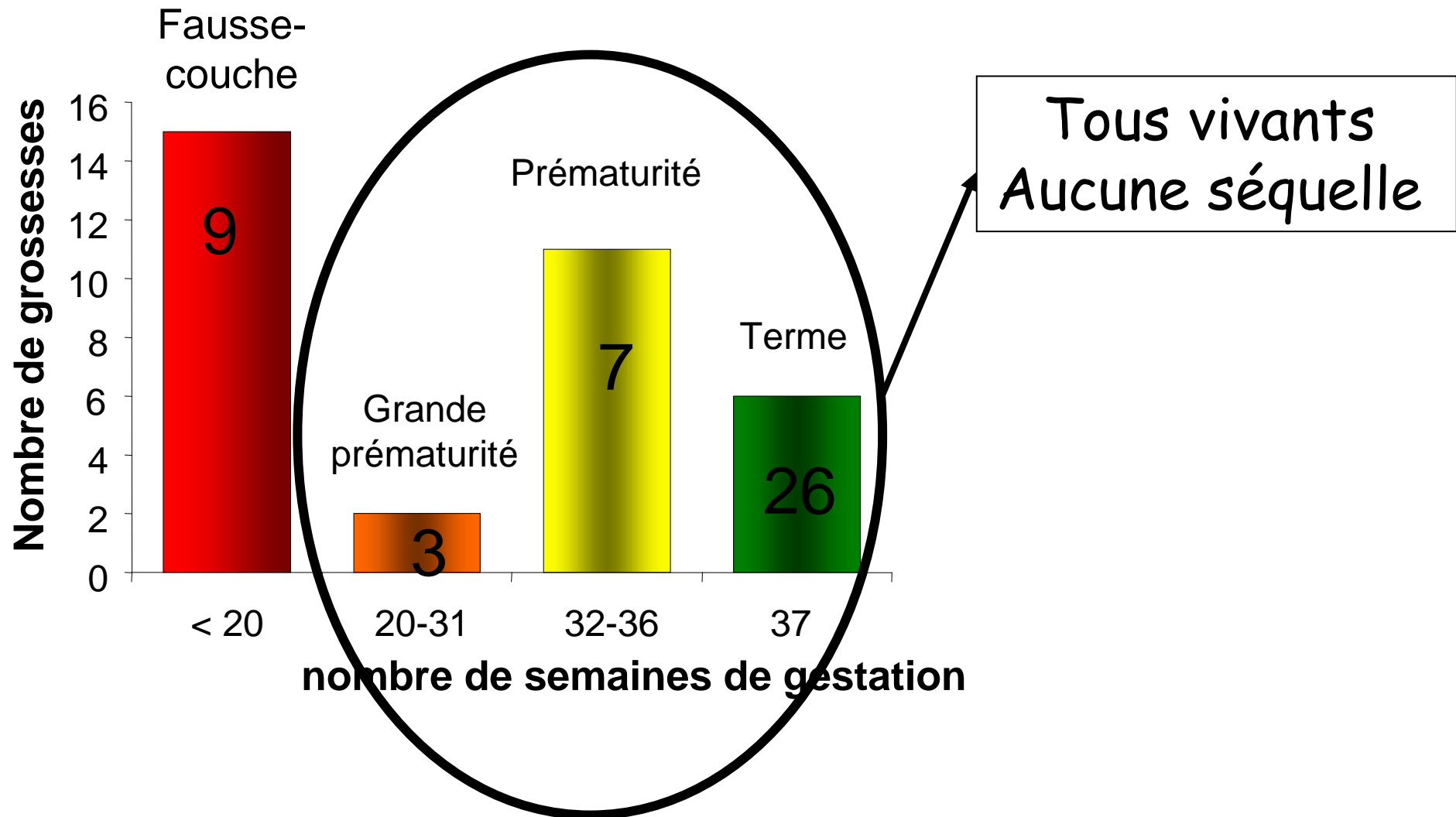
Grossesse au cours du suivi de la thrombose veineuse portale : Evolution maternelle

- 45 grossesses, 24 femmes :
 - grossesse médiane 29 mois (7-344) après le diagnostic de TVP
 - patientes asymptomatiques depuis plusieurs mois
 - anticoagulation (n=28)
- Complications obstétricales :
 - hémorragiques (n=4)
 - HELLP n=2
- Complications de l'HTP
 - Hemorragies digestives n=3

Grossesse au cours du suivi de la thrombose veineuse portale : Evolution maternelle

- Complications thrombotiques :
 - 1 infarctus splénique après arrêt du traitement anticoagulant
 - 1 AIT
 - Survie 100 %
-

45 Grossesses au cours du suivi de la thrombose veineuse portale : Evolution foetale



Facteurs associés à une évolution défavorable de la grossesse

	Odds Ratio	95% IC	p
Ascite	5.61	0.90-35.16	0.06
JAK2V617F mutation	6.81	0.74-62.33	0.09
Plaquettes	1.008	1.001-1.02	0.02

Résumé

- Grossesse possible quand maladie hépatique stabilisée
- Complications hémorragiques HTP en l'absence de prophylaxie
- Hémorragie accouchement: césarienne si indication obstétricale et non pour anticoagulant
- Management anticoagulation+++
- Complications thrombotiques si anticoagulants arrêtés avant 3 mois post partum
- Risque fausse couche et prématurité augmentés

Anticoagulation et thrombose veine porte

- Patient sous anticoagulant
 - Dose efficace Enoxaparine 1 mg/kg x2/jr
 - Anti Xa 0.5-1
- Pas d'indication aux anticoagulants
 - Préventif ou intermédiaire Enoxaparine 40 mg 1 a 2x/jr (100 UI/kg/jr)

Péri partum

- Conversion héparine non fractionnée? US
 - Anesthésie régionale si anti Xa <0.1
 - Pas d HBPM efficace depuis 24h00
 - Antithrombine si déficit connu en AT
-

Post partum

- Bas de contention
 - Reprendre anticoagulant en l'absence de CI hémorragique
 - 12 h 00 si voie vaginale
 - 24 h00 si césarienne
 - Au moins 12 h00 après arrêt péridural
 - Au moins 3 mois (à vie si indication)
 - Relais Warfarine possible à la sortie (allaitement possible)
 - Pas de CO oestrogènes
-

Patiente ayant un SBC ou TVP et désirant une grossesse

Aucun symptôme depuis
plusieurs mois

Avis multidisciplinaire:
hématologique et
gynécologique

Pas de contre-indication

Information sur les risques à la fois maternel et fœtal

Relai des AVK par HBPM avant ou surveillance ++ grossesse

Si AVK long court: HBPM Curatif

Si pas d'AVK: HBPM préventif intermédiaire 100 UI/kg/jr

Traitement des causes

Bilan HTP avant grossesse

Conception

Suivi obstétrical 1/mois anti Xa, Suivi hémato/hémostase:

D Dimères, facteurs, pqs

Suivi hépatique + échographie hépatique

Accouchement, si possible par voie basse.

Analyse placenta

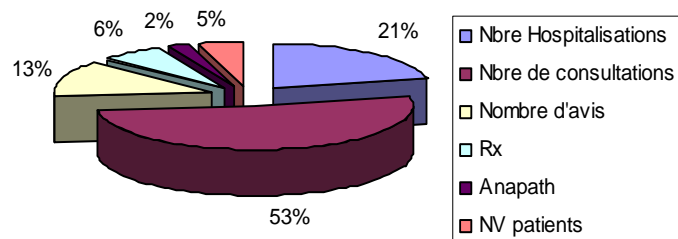
Allaitement ?

OUI : poursuivre HBPM ou relai Warfarine possible

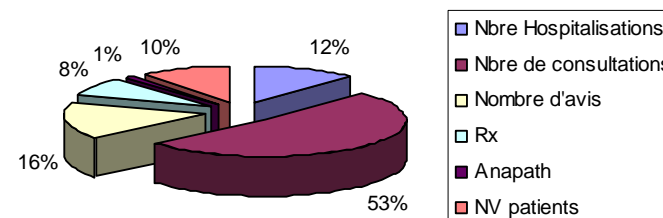
Activité 2011 du CRMVF

	Nbre Hospitalisations	Nbre de consultations	Nombre d'avis	Dossiers revus staff Radio	Dossiers revus staff Anapath	NV patients
SBC	58	141	35	17	6	13
TVP	67	293	90	46	6	58
Autres MVF	43	146	88	54	16	40
TOTAL	168	580	213	117	28	111

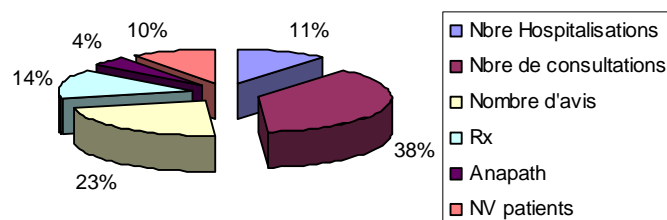
Analyse de l'activité des patients SBC en 2011



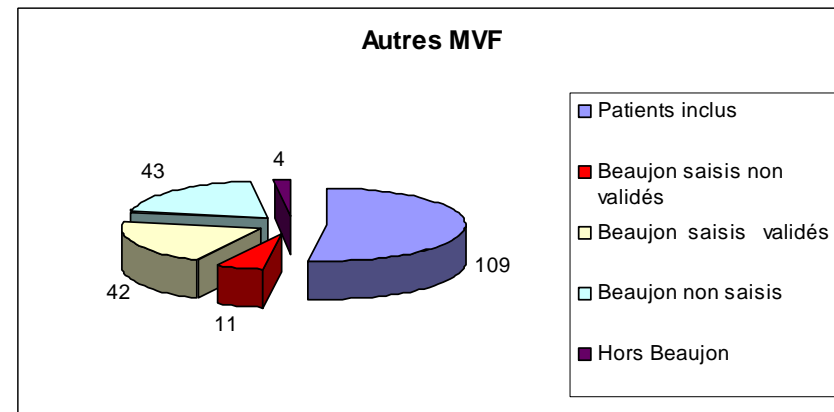
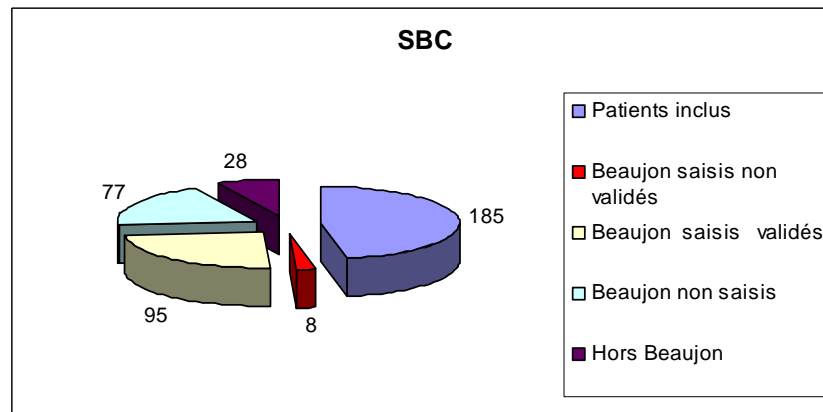
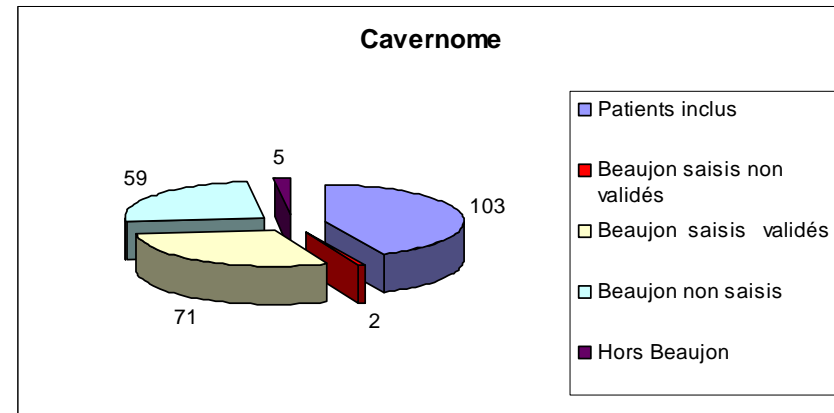
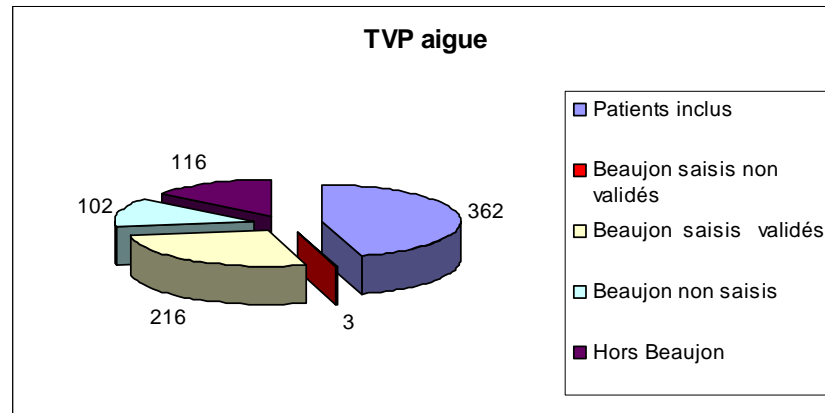
Analyse de l'activité des patients TVP en 2011



Analyse de l'activité des patients Autres MVF en 2011



Etat des inclusions par pathologie



Nombre de patients prélevés : 684

Total des inclusions

