

## PROTOCOL PRIVIND BOALA TROMBOEMBOLICĂ ÎN SARCINĂ ȘI LEHUZIE

### FACTORII DE RISC

#### 1) Factori majori:

- istoric personal de BTE
- trombofilii
- proteze valvulare cardiace

#### 2) Factori adiționali:

- vârsta peste 35 de ani
- obezitate, multiparitate
- varice voluminoase
- imobilizare, paraplegie
- patologie oncologică
- patologie hematologică, ce determină hipervâscozitate
- infecții severe (miometrită)
- hiperemesis, preeclampsie
- sindrom nefrotic
- insuficiență cardiacă congestivă
- hemoragie importantă
- naștere instrumentală
- cezariană de urgență după travaliu prelungit

### BOALA TROMBOEMBOLICĂ ÎN SARCINĂ ȘI LEHUZIE



Tromboza venoasă a  
membrelor inferioare



Tromboflebita  
septică pelvină



Embolia pulmonară

### EVALUAREA RISCULUI TROMBOEMBOLIC

La toate gravidele și lehuzele internate în spital

- 1) **Major:** factori majori de risc
- 2) **Moderat:** factorii adiționali
- 3) **Mic:** vârsta sub 35 de ani și fără factori de risc

### EVALUAREA TROMBOFILIILOR

#### 1) Trimiterea la hematolog

a gravidelor și lehuzelor cu:

- istoric personal sau familial important de BTE
- feți morți cu RCIU și infarcte placentare
- avort spontan recurent, fără alte cauze

2) **Evaluarea trombofiliilor,** preconcepțional, la femeile cu istoric personal de BTE, fără trombofilie cunoscută

#### 3) Evaluarea riscului BTE

la femeile cu istoric personal și fără trombofilie cunoscută, internate pentru o patologie ce necesită repaus prelungit:

- hiperemesis
- preeclampsie

## DIAGNOSTIC

### 1) Semne clinice sugestive:

- Homans: durere produsă la dorsoflexia piciorului
- Mahler: puls "cățărător"
- asimetrie între circumferința gambelor, coapselor (edem)
- dispnee, cianoză, tuse, șoc

### 2) În suspiciunea clinică:

- examen ecografic Duplex Doppler membre inferioare
- dacă examenul ecografic nu confirmă, dar există semne clinice de EP, se poate indica:
  - scintigrafia pulmonară de ventilație/perfuzie V/Q
  - angiografia pulmonară CT

3) Trombofiliile congenitale vor fi depistate de hematolog

### 4) Înainte de anticoagulare:

- HLG, INR, aPTT, ALT, AST
- Uree, electroliți

## CONDUITĂ

### 1) Tratamentul anticoagulant:

- din momentul diagnosticului și, cel puțin, 6 săptămâni postpartum
- diagnostic confirmat ecografic
- dacă diagnosticul nu se confirmă, dar persistă suspiciunea clinică, se începe anticoagularea și se repetă ecografia peste o săptămână
- dacă nu se confirmă diagnosticul, se întrerupe anticoagularea

### 2) Medicația anticoagulantă:

- Heparine cu greutate moleculară mică, în doză terapeutică ajustată:
  - Dalteparină 200 U/kg/24 h sau
  - Tinzaparină 75 U/kg/24 h sau
  - Dalteparină 100 U/kg/12 h sau
  - Enoxaparină 1 mg/kg/12 ore
- Heparină nefracționată iv 5 zile (bolus, apoi perfuzie, astfel încât aPTT să ajungă repede și să se mențină între 50-70 sec), apoi:

## *continuare*

- heparină sc în sarcină și 6 săptămâni postpartum sau
  - heparine cu GM mică în doză terapeutică ajustată
- ### 3) Conduita în travaliu:
- întreruperea anticoagulării la debutul travaliului
  - în cazul travaliilor induse, se întrerupe anticoagularea cu 24 de ore înainte
  - recomandată nașterea pe cale vaginală
  - anestezia epidurală sau spinală se va efectua la:
    - 12 h de la întreruperea dozelor profilactice
    - peste 24 de ore de la întrerupere doze terapeutice
  - anticoagulantele se reiau la peste 4 h de la îndepărtarea cateterului de peridurală

## TROMBOPROFILAXIA

### Istoric personal, fără trombofilie

- 1) Episod BTE cu un factor temporar:
  - ciorap elastic: compresie gradată
  - heparine GM mică (doză profilactică), 6 săptămâni postpartum:
    - Dalteparină 5000 UI sc la 24 h sau
    - Enoxaparină 40 mg sc la 24 ore
- 2) Episod BTE legat de sarcină sau de COC sau cu factori de risc adiționali:
  - heparine GM mică (doză profilactică), cât mai devreme în sarcină

### Trombofilie, fără episod BTE

- 1) Paciente cu trombofilii congenitale:
  - supraveghere, ciorap elastic
  - heparine cu GM mică în doză profilactică, 6 săptămâni postpartum
- 2) Paciente cu sindrom antifosfolipidic și avorturi recurente:
  - heparină nefracționată (5000 UI sc la 12 ore sau la 8 ore sau HGM mică în doză profilactică și aspirină 75-162 mg în timpul sarcinii și în postpartum

### Istoric personal, cu trombofilie

- Heparine GM mică doze profilactice în sarcină și 6 săptămâni postpartum
- Pacientele cu anticoagulante orale se trec pe heparine cu GM mică în dozele terapeutice, la confirmarea sarcinii:
  - Dalteparină 5000 UI sc la 12 h sau
  - Enoxaparină 40 mg sc la 12 ore
- Pacientele cu sindrom antifosfolipidic și cele cu trombofilii congenitale se trec pe heparine cu GM mică în sarcină

### Paciente cu proteze valvulare

- 1) Între săptămânile 6-12:
  - HGM mică doză terapeutică (2x/zi)
  - Heparină nefracționată în doză terapeutică; riscuri, relativ mari, de:
    - trombozare a protezelor valvulare
    - infecție, osteoporoză
    - trombocitopenie heparin-indusă
- 2) Între săptămânile 13-36:
  - anticoagulant oral (Warfarină) până la INR între 2.0-3.0

