



PROFILASSI T.E.V. NEL POSTPARTUM

Prof. M.Gangemi – Prof.ssa D.Tormene

La gravidanza, il parto ed il puerperio, rappresentano per la donna note condizioni di aumentato rischio tromboembolico.

Le linee guida internazionali, attualmente disponibili, per la prevenzione degli eventi tromboembolici nel postpartum consigliano di sottoporre a profilassi almeno le donne che presentino:

- **un pregresso evento tromboembolico**, con o senza stati trombofilici noti
- **stati trombofilici noti:**
 - Deficit di Antitrombina
 - Deficit di Proteina C
 - Deficit di Proteina S
 - Fattore V Leiden
 - Variante Protrombinica G20210A
 - Sdr da anticorpi anti fosfolipidi

Nella pratica clinica appare tuttavia utile identificare le pazienti che, pur non rientrando nei due gruppi sopraindicati, presentino **altri fattori di rischio** per i quali può essere comunque indicata una profilassi nel postpartum :

- **età > 35 aa**
- **sovrappeso (BMI > 25)**
- **presenza di varici** agli arti inferiori
- **inadeguata mobilizzazione**
- **preeclampsia**
- **distacco di placenta**
- **parto tramite taglio cesareo**



INDICAZIONI ALLA PROFILASSI NEL POSTPARTUM

- 1) pazienti con pregresso evento tromboembolico
- 2) stati trombofilici noti
- 3) Pazienti sottoposte a **taglio cesareo** che presentino due o più altri fattori di rischio
- 4) Pazienti con **parto spontaneo** che presentino due o più altri fattori di rischio

MODALITA' DELLA PROFILASSI

La profilassi va intrapresa appena possibile dopo il parto, a condizione che non ci siano emorragie in corso, o ad almeno 4 ore di distanza dalla rimozione di un eventuale catetere peridurale.

Si esegue con **eparine a basso peso molecolare** come la *dalteparina (Fragmin)* o la *enoxaparina (Clexane)* con i seguenti dosaggi, indipendenti dal peso corporeo della paziente (variazioni della posologia possono essere fatte per pazienti obese):

Fragmin 5.000 U.I. : 1 fl s.c. /die

Clexane 4.000 U.I. : 1 fl s.c. /die

La durata della profilassi va diversificata sulla base dei gruppi di rischio descritti precedentemente:

1 e 2 : **sei settimane** dal parto

3 e 4 : **7 giorni** dal parto o fino alla dimissione in caso di ricovero prolungato per complicanze ostetriche (preeclampsia, rialzo pressorio, iperpiressia, ecc)

Nelle donne che effettuano terapia o profilassi del tromboembolismo venoso in gravidanza e nelle quali saranno utilizzate tecniche di anestesia regionale è consigliabile sospendere la somministrazione del farmaco 24/12 h prima delle procedure (a seconda che le dosi siano terapeutiche o profilattiche). La somministrazione del farmaco può essere ripresa 4 ore dopo l'inserzione del catetere o ad almeno 4 ore di distanza dalla rimozione. E' consigliabile non rimuovere la cannula entro le 12 ore successive alla somministrazione del farmaco.



A tutte le pazienti sottoposte a taglio cesareo vanno posizionate **calze elastiche** (18-20 mmHg,) **in sala parto**, che verranno mantenute per tutta la durata della degenza.

Alle pazienti andate incontro a parto spontaneo che presentino varici agli arti inferiori vanno posizionate **calze elastiche** (18-20 mmHg,) **in sala parto**, che verranno mantenute per tutta la durata della degenza.

CONTROINDICAZIONI ALLA PROFILASSI

- Hb < 8 g/L
- PLT < 70.000
- Perdite ematiche rilevanti

Quando sussistono controindicazioni alla profilassi farmacologia si raccomanda l'utilizzo di calze elastocompressive.

PREVENZIONE DELLA PIASTRINOPENIA DA EPARINA

I

Si considera piastrinopenia da eparina un **numero di piastrine dimezzato** rispetto al valore precedente la terapia, seppure ancora in range!

La prevenzione viene effettuata mediante emocromo per conta piastrinica:

- in **3^a giornata di terapia**
- in **8^a giornata** di terapia in caso di prolungamento della stessa oltre i 7 giorni

Bibliografia

Greer IA, Nelson Piercy C. Low molecular weight heparins for thromboprophylaxis and treatment of venous thromboembolism in pregnancy: a systematic review of safety and efficacy. Blood 2005; 106:401-407

Macklon NS, Greer IA. Venous thromboembolic disease in obstetrics and gynaecology: the Scottish experience. Scott Med J 1996; 41:83-86

Jacobsen AF, Drolsum A, Klow NE, et al. Deep vein thrombosis after elective cesarean section. Thromb Res 2004; 113:283-288

Rodger MA, Avruch LI, Howley HE, et al. Pelvic magnetic resonance venography reveals high rate of pelvic vein thrombosis after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:436-437



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI PADOVA

Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino

Direttore : Prof. Giovanni Franco Zanon

U.O.C. di **CLINICA GINECOLOGICA e OSTETRICA**

Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

AZIENDA OSPEDALIERA
DI PADOVA



Gates S, Brocklehurst P, Davis LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD001689

Ellison J, Thomson AJ, Conkie JA, et al. Thromboprophylaxis following caesarean section: a comparison of the antithrombotic properties of three low molecular weight heparins; dalteparin, enoxaparin, and tinzaparin. *Thromb Haemost* 2001; 86:1374–1378

Gibson JL, Ekevall K, Walker I, et al. Puerperal thromboprophylaxis: comparison of the anti-Xa activity of enoxaparin and unfractionated heparin. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:795–797

Warkentin TE, Greinacher A. Heparin-induced thrombocytopenia: recognition, treatment, and prevention. *Chest* 2004;126(suppl):311S–337S

Andersen BS, Steffensen FH, Sorensen HT, et al. The cumulative incidence of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium: an 11 year Danish populationbased study of 63,300 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77:170–173

Simpson EL, Lawrenson RA, Nightingale AL, et al. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:56–60

Ray JG, Chan WS. Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of risk and leg of presentation. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54:254–271

Pabinger I, Grafenhofer H, Kyrle PA, et al. Temporary increase in the risk for recurrence during pregnancy in women with a history of venous thromboembolism. *Blood* 2002; 100:1060–1062

Tormene D, Simioni P, Prandoni P, et al. Factor V Leiden mutation and the risk of venous thromboembolism in pregnant women. *Haematologica* 2001; 86:1305–1309

Friederich PW, Sanson B-J, Simioni P, et al. Frequency of pregnancy-related venous thromboembolism in anticoagulant factor-deficient women: implications for prophylaxis. *Ann Intern Med* 1996; 125:955–960

Gerhardt A, Scharf RE, Beckman MW et al. Prothrombin and factor V mutations in women with thrombosis during pregnancy and the puerperium. *N Engl J Med* 2000; 342:374–380

Statement condiviso tra le società italiana per lo studio dell' emostasi e della trombosi (SISSET) e la società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO): Prevenzione del tromboembolismo venoso associato alla gravidanza. estensori del documento: E Grandone, R. Abbate, V. De Stefano, E.M. Faioni, I. Martinelli, G.Palareti, D. Tormene, F. Sirimarco, P. Martinelli