

Titre: Incidence and prognosis of superficial vein thrombosis during pregnancy and the post-partum period: a Danish nationwide cohort study

Auteurs: Wieggers HMG et coll. **Source:** Lancet Haematol 2023 [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(23\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(23)00013-3)

Type d'étude : Banque rassemblant 3 registres (grossesse, hospitalisation et cliniques externes hospitalières et urgence, diagnostics, médication) 01/1997 à 12/2017; les données sont entrées prospectivement.

Pays: Danemark

Objectifs: 1. Évaluer l'incidence de **thrombophlébite veineuse superficielle (TPS)** durant la grossesse et le postpartum (PP) 2. Évaluer le taux de **thrombophlébite veineuse profonde (TPP)** chez les femmes ayant fait une TPS durant la même période.

Méthodologie: Suivi dans la banque jusqu'à la TPS, décès, émigration, perte au suivi ou 12 sem PP. Pour l'objectif 2, les femmes identifiées dans la première partie avec TPS sont jumelées à des femmes sans TPS à raison de 1/100 selon l'âge, année, parité et durée de la grossesse.

Issues primaires : **TPS** : membre inférieur uniquement; ds l'objectif 2, **TPP** = membres inférieur, embolie pulmonaire et thrombose cérébrale.

Inclusions : âge ≥ 18 ans

Exclusions : Avortement (=mortinaissance avant 28,0 sem jusqu'en 2004 et avant 22,0 sem par la suite), diagnostic de TPS fait à l'urgence sauf si Doppler disponible, **TPP** <7j suivant le diagnostic de TPS, **prise d'anticoagulant** ds le mois précédant ou la semaine suivant la TPS

Statistiques : Calcul de l'incidence en personne/année (permet d'ajuster pour la durée) et incidence cumulative. Courbe de Kaplan-Meier, analyses de sensibilité, régression de Cox et Hazard ratio (HR).

Résultats: Population : 1 276 046 grossesses (733 951 femmes) : la majorité est non obèse, multipare, non fumeuse, moins de 35 ans, en santé.

Incidence : 710 TPS soit **0,6/1000 (IC 95% 0,5-0,6) personnes/années ou 0,06% (IC 95% 0,05-0,06) antépartum** (0,1 à T1 et 0,5 à T3) et **1,6/1000 (IC 95% 1,4-1,7) personnes/années ou 0,04% (IC 95% 0,03-0,04) en PP.** Pour l'objectif 2, 211 TPS en antépartum et 394 TPS en PP jumelées

Taux de TPP : 10% de TPP si TPS survient en **antépartum** vs 0,1% sans TPS : **HR 83 (IC 95% 46-149).** Incidence cumulative **13% (IC 95% 8-20) vs 0,2% (IC 95% 0,1-0,3) ET** 2,5% de TPP si TPS survient en **postpartum** vs 0,1% sans TPS : **HR 55 (IC 95% 25-120).** Incidence cumulative **2,7% (IC 95% 1,4-4,9) vs 0,0% (IC 95% 0-0,1).**

Discussion des auteurs : Forces : Entrée de données prospective, validité de la banque, nombre.

Limitations : sous-estimation possible de TPS : TPS évoluant en TPP manquées, pas de données si avortement, pas d'inclusion des TPS prises en charge par le MD de famille, TPS après 2012 traitée? pas de possibilité d'ajustement pour des facteurs de confusion, pas de preuve Doppler, score de propension non utilisé; augmentation du taux au 3ème trimestre en raison de l'hospitalisation?

Conclusion : La TPS n'est pas un phénomène bénin et isolé car elle souvent associée à une TPP.

Discussion du groupe : Problème majeur : diagnostic de TPS. Population caucasienne en santé. Exclusion des femmes avec perte fœtale (raison de la faible incidence à T1?); Impossibilité d'ajustement pour les facteurs de risque de TPS. Pas de renseignement sur la localisation de la TPS (cuisse vs mollet vs sur varice?), sur les TPS des membres supérieurs, sur la mortalité ou hospitalisation associées. Validité interne et externe moyennes.

Conclusions : La TPS est rare mais est associée à une TPP pendant la grossesse et le postpartum. Tel que recommandé par ASH, nous devrions traiter les TPS mais la durée et l'intensité du traitement restent à déterminer.