

# Pathologie Vasculaire Placentaire

## Est-ce utile de rajouter de l'aspirine aux HBPM ?

---

Franck PERROTIN\*.

\*Pôle de Gynécologie-Obstétrique, Médecine Fœtale. Centre  
Olympe de Gouges. CHRU de Tours.

# Controverses

---

- **Lien entre Thrombophilies et PVP**
  - Pertes fœtales
  - PE, RCIU
- **Efficacité des HBPM sur le risque**
  - De perte fœtale (précoce – tardive)
  - De récurrence de PE
  - De RCIU et de prématurité
- **Efficacité comparée de l'aspirine et des HBPM**

# Niveau de preuve faible

---

- Pas d'étude prospective randomisée
- Etudes rétrospectives
- Etudes de cohorte pas toujours avec groupe contrôle
- Petits effectifs
  - Niveau de preuve D (avis d'expert)
  - Nécessité d'initier des essais... (Club ?)

# Etude de cohorte rétrospective

---

- Patientes ayant un ATCD de gross. compliquée de
  - PE sévère et précoce
  - HRP
  - MFIU
  - RCIU
- 110 grossesses (43 patientes)
  - 50 grossesses traitées : Asp (11) Fragm (13) Asp + Fragm (26)
- **Asp + Fragm**
  - Diminue de 20% le risque de PE
    - (OR 0,80, IC 95% [0,70-0,91])
  - Diminue de 30% le risque de RCIU
    - (0,70 [0,60-0,82])

# Cas particulier du SAPL

---

- Patientes (n=90) ayant au moins 3 ATCD de FCS et des Ac APL
  - Randomisation entre
    - 75 mg ASP
    - 75 mg ASP et 5000U héparine NF/12h
- Naissance vivante 3,34 fois plus fréquente dans le groupe ASP + HNF (OR: 3,37, IC 95% [1,4-8,10])
- Pas de différence dans le devenir des grossesses évolutives après 13 SA

# Arguments théoriques

---

- HBPM et aspirine ont des points d'impact différents
  - Potentialisation des effets
  - Chronologie différente
  - Moins de risque additifs ?

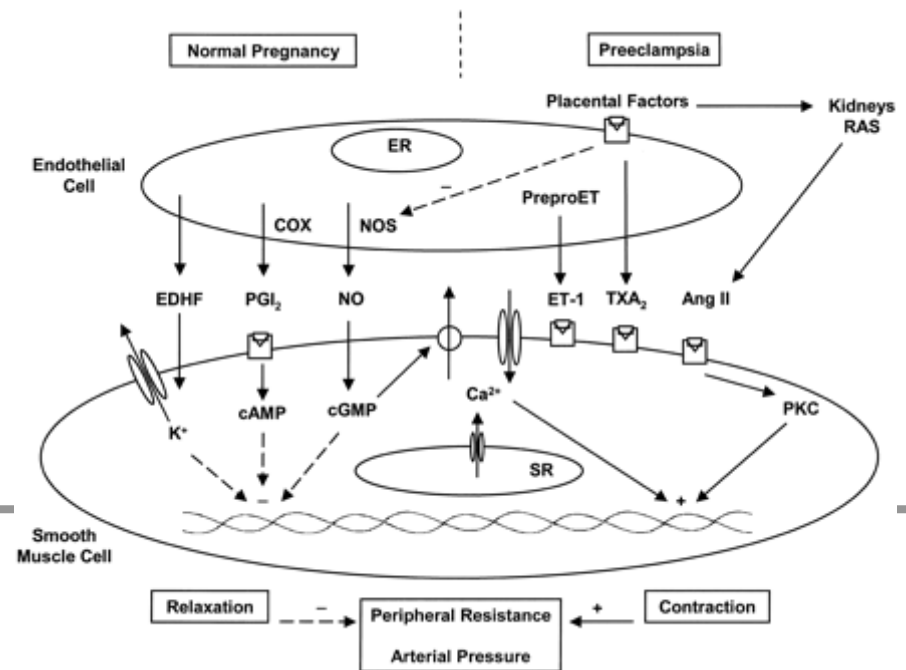
# Effets des HBPM

---

- Effets anti-thrombotique
  - Limite les thromboses (CIV)
  - Limite les infarctus
- Effets sur le trophoblaste
  - Action sur la différenciation
  - Action sur l'invasion trophoblastique
- Action anti-inflammatoire
  - Action sur la voie du TNF- $\beta$
- Action sur le remodelage vasculaire
  - Effet vasodilatateur sur le système artériel utérin (tonus)
  - Stimulation de la production de NO
  - Modulation des effets du PIGF et sFlt1 (isoforme du PIGF)
  - Action sur le système rénine-Angiotensine

# Effets de l'aspirine

- Effets anti-aggrégant plaquettaire
  - Effet sur les thromboses placentaires
  - Effet sur l'activation plaquettaire précoce en rapport avec le syndrome maternel
- Effets la balance vasoconstrictrice-vasodilatarice
  - Augmentation des PGI<sub>2</sub>
  - Diminution de TXA<sub>2</sub>





# Arguments méthodologiques

---

- PE :
  - Réduction de 17% (46 essais, 32 891 patientes)
  - Selon le risque de récurrence
    - 15% 12,5% après TTT
    - 60% 49,8% après TTT
- Naissance prématurée :
  - réduction de 8% (29 essais, 31,151 patientes)
- MFIU et DC néonatal
  - Réduction de 14% (40 essais, 33,098 patientes)
- Hypotrophie
  - Réduction de 10% (36 essais, 23,638 patientes)

# En pratique ?

---

- Débuter dès 8 SA (avant l'apparition d'un flux dans la CIV)
  - HBPM (débuté avant si risque maternel)
  - Aspirine
    - Horaire de la prise (20h00)
- Arrêt à 34-35 SA
  - Aspirine
  - HBPM (risque thrombotique maternel)

# Conclusion

---

- Association Asp + HBPM chez les patientes ayant des FCS à répétition et SAPL
- Arguments pour penser que l'association est préférable
  - Impact différent
  - Ne pas négliger l'aspirine même si son effet est modéré
- Balance risque-bénéfice : est-ce dangereux ?