

THROMBOSE À L'ÂGE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE THROMBOSE DE LA VEINE PORTE (TP) (NEONATALE)

VALIDITÉ :

- **Pour patients pédiatriques âgés < 16 ans** (ou adolescent ≥ 16 ans, si hospitalisé sous responsabilité pédiatrique. Autrement cf. recommandations adultes).
- Les directives suivantes sont basées et adaptées sur des recommandations internationales, l'évidence de la littérature actuelle et l'avis des experts dans le domaine. Ces directives doivent toujours tenir compte du contexte du patient, et des modifications pour des circonstances cliniques individuelles peuvent être nécessaires, en particulier pour l'âge néonatal. **Pour toute question, l'unité d'hématologie/oncologie pédiatrique (HOP) au CHUV (Lausanne) est joignable 079 556 72 54 (7j/7 24h/24).**

THROMBOSE DE LA VEINE PORTE (TP) (NEONATALE)

I. Contexte :

- Des thromboses au niveau du système veineux hépatique touchent le plus souvent le système porte et le plus souvent à l'âge néonatal secondairement au cathéter veineux ombilical (CVO). (Cf. aussi **SOP_Thrombose portale post CVO PED_01_2020**).

II. Approche diagnostique : → Annexe 1 : Itinéraire TP néonatale

- **Présentation** : Le plus souvent découverte de façon fortuite lors d'un US abdominal. Possible facteur évocateur : thrombocytopénie néonatale. Majoritairement située dans la veine porte gauche. Facteur de risque : asphyxie, choc, déshydratation, septicémie ou diabète maternel.
- **Démarche diagnostique/traitement/indication** : (cf. **SOP_Thromboses portales post CVO PED_01_2020**) et Annexe itinéraire
- **Imagerie dédiée** (nécessaire pour confirmation et évaluation de l'extension de la thrombose).
 - US-Doppler abdominal par le service de radiologie (70% unilatérale, avec prédominance du côté gauche, extension du thrombus dans la veine cave dans environ 40% des cas).
- **Laboratoire** :
 - Formule sanguine complète
 - TP, aPTT, fibrinogène, D-dimères
 - Créatinine (HBPM (Clexane®) est éliminée par voie rénale)
- **Bilan de thrombophilie** : aucune indication à aucun moment.

III. Approche thérapeutique :

- **Evaluer la présence de possibles contre-indications au traitement antithrombotique** : cf. **SOP_Traitement AT PED_HOP**.
- **Traitement antithrombotique (anticoagulation)** :
 - **Initiation du traitement antithrombotique (anticoagulation)** : par HBPM (alternative HNF si risque hémorragique élevé et/ou procédure chirurgicale et non-chirurgicale prévue < 48 heures). *Observation seule possible* : si thrombose non-occlusive --> évaluation radiologique dans les 3-5 jours suivant par échographie-doppler → Anticoagulation si progression.
 - **Traitement antithrombotique pour une période plus longue (> 14 jours)** : par HBPM
 - **Dosage, monitoring, adaptation anticoagulation selon médicament** : cf. **SOP_Traitement AT PED_HOP**.
 - **Durée du traitement antithrombotique** : 3 mois (minimum 6 semaines).
 - **Thrombolyse (et/ou thrombectomie)** : indiquée que dans des cas extrêmement rares d'occlusion complète de la veine porte principale (nécessite discussion/décision multidisciplinaire).

IV. Suivi ambulatoire :

- **Suivi AC** à deux semaines de la sortie de l'hôpital par anti-Xa (4h post dose) au CHUV ou à défaut dans un laboratoire de proximité.

SOP_TP PED_HOP			
Rédaction : Mattia Rizzi	12/2021	Version	01

THROMBOSE À L'ÂGE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

- US-doppler abdominal et suivi clinique (unité d'hématologie/oncologie pédiatrique CHUV) à 3 mois avec/sans traitement ou au moment de l'arrêt de l'anticoagulation (cf. SOP_Thrombose portale post CVO PED_01_2020).
- Aucune indication à effectuer un bilan de thrombophilie (cf. SOP_Thrombophilie PED_HOP).

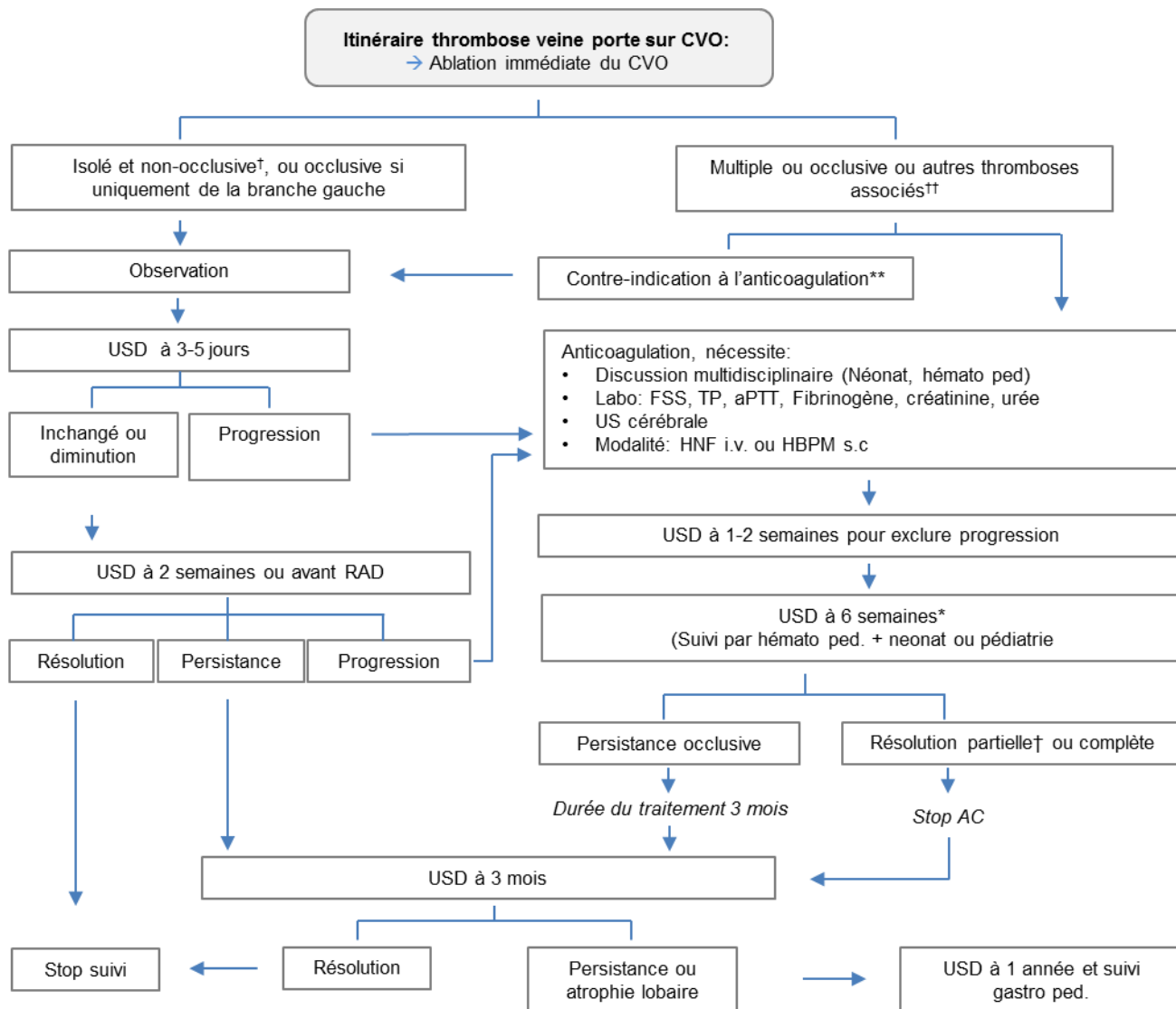
CAVE: même si très rare, il arrive toutefois qu'une thrombose de la veine porte reste pendant longtemps asymptomatique et inaperçue, jusqu'à l'apparition de symptômes d'une hypertension portale, notamment d'une splénomégalie ou de saignements intestinaux causés par des varices œsophagiennes.

- ❖ **En dehors de l'âge néonatal (extrêmement rare)**: chez l'enfant plus âgé, les thromboses de la veine porte se développent suite à une transplantation hépatique, un sepsis, une splénectomie, une drépanocytose ou une chimiothérapie. Possible manifestation par un tableau d'abdomen aigu. Le traitement dépend des circonstances.

RÉFÉRENCES

- Rizzi M., Barnes C. Sick Kids Handbook of Pediatric Hemostasis and Thrombosis 2nd, revised and extended edition (2017), Chapter 10. Editros: Blanchette V.S., Brandão L.R., Breakey V.R., Revel-Vilk S.
- Blanchette V.S., Brandão L.R., Breakey V.R., Revel-Vilk S. Sick Kids Handbook of Pediatric Hemostasis and Thrombosis 2nd, revised and extended edition (2017).
- Monagle P. et al. Antithrombotic therapy in neonates and children: Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, ed 9: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141:e737S–e801S.
- Mahajerin A, Betensky M, Goldenberg NA. Thrombosis in Children: Approach to Anatomic Risks, Thrombophilia, Prevention, and Treatment. Hematol Oncol Clin North Am. 2019 Jun;33(3):439-453. doi: 10.1016/j.hoc.2019.01.009. Epub 2019 Mar 29.
- Monagle P., Cuello C.A., Augustine C., et al. American society of hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of pediatric venous thromboembolism. Blood Adv. 2018;2(22):3292–3316. doi:10.1182/bloodadvances.20180247869.
- Chalmers E., Ganesen V., Liesner R., et al. Guideline on the investigation, management and prevention of venous thrombosis in children. Br J Haematol. 2011;154(2):196–207. doi:10.1111/j.1365-2141.2010.08543.x
- Bosch A. and Albisetti M. Management of Venous Thromboembolism in Children: Current Recommendations and Therapeutic Options. Therapeutics and Clinical Risk Management 2020:16.
- Rizzi M., Albisetti M. Traitement de la thromboembolie veineuse chez l'enfant, Commentaire d'experts suisses: ASH 2018 Guidelines for Management of Venous Thromboembolism, Swiss Medical Forum 2021 ;21 (33-34) :572-573.

ANNEXE 1: ITINERAIRE SUPITION TP NÉONATALE



†Flux veineux présent; ††Exception faite pour thrombose artérielle sur CAO sans critère du traitement selon algorithme; **contre-indication: HIV grade ≥2, Tc <50 G/L, prématuré avec risque hémorragique élevé; *si évolution clinique défavorable rapprocher le timing de l'USD; USD: US-Doppler.