

THROMBOSE À L'ÂGE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE LA THROMBOSE DE LA VEINE RENALE (TVR, 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 RENALE (TVR, NEONATALE)

- Contexte :** Environ 80% au cours du premier mois de la vie, dont 1/3 dans la première semaine. Certains cas in utero et détectés avant la naissance. Dans environ 70% des cas unilatérale, avec prédominance du côté gauche. L'extension dans la veine cave dans environ 40% des cas. FR : asphyxie, choc, déshydratation, septicémie ou diabète maternel.
- Approche diagnostique : → Annexe 1 : Itinéraire TVR**
 - **Présentation (possibles) :** **masse abdominale palpable, hématurie macroscopique, thrombocytopénie** (triade), protéinurie, anurie, vomissements, hypovolémie, acidose métabolique avec anomalies électrolytiques, coagulation intravasculaire disséminée et/ou un choc. Les TVR allant jusqu'à la veine cave inférieure peuvent provoquer une cyanose et un œdème des deux membres inférieurs.
 - **Histoire/clinique :** cf. présentation ; facteur de risque : asphyxie, choc, déshydratation, septicémie ou diabète maternel.
 - **Imagerie dédiée**
 - 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** n'est pas prévu lors de la phase aiguë. Dans des situations sélectives (présence de purpura fulminans chez les NN et/ou thrombose survenue de façon spontanée sans aucun facteur de risque, cf. **SOP_Thrombophilie PED_HOP**).
- 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) :**
 - a. **Anticoagulation** (par HBPM) plutôt qu'observation et plutôt que thrombolyse. Décision selon extension de la thrombose (unilatérale, bilatérale, extension dans la v. cave) et la présence ou l'absence d'insuffisance rénale. Anticoagulation si thrombose occlusive ou non-occlusive bilatérale (en absence de risque hémorragique/contre-indication).
 - b. **Observation seule possible** : si thrombose non-occlusive ou occlusive unilatérale -> évaluation radiologique dans les 3-5 jours suivants par échographie-doppler → **Anticoagulation** si progression.
 - c. **Thrombolyse (et/ou thrombectomie) :** indiquée que dans des cas extrêmement graves (occlusion bilatérale) et potentiellement mortels (nécessite discussion/décision multidisciplinaire).
 - **Traitement antithrombotique pour une période plus longue (> 10 jours) :** par HBPM
 - **Dosage, monitoring, adaptation anticoagulation selon molécule** cf. **SOP_Traitement AT PED_HOP**

SOP_TV_R PED_HOP			
Rédaction : Mattia Rizzi	12/2021	Version	01

THROMBOSE À L'ÂGE PÉDIATRIQUE : GUIDELINES CLINIQUES

- Durée du traitement antithrombotique : 3 mois (minimum 6 semaines).

IV. Suivi ambulatoire : → Annexe 1 : Itinéraire TVR

- 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.
 - US-doppler abdominal et suivi clinique (unité néphrologie et hématologie/oncologie pédiatriques CHUV) à 3 mois avec/sans traitement (ou au moment de l'arrêt de l'anticoagulation, aussi selon recommandations des collègues de la néphrologie pédiatrique cf. SOP_Thrombose veineuse PED_HOP_HOP).
 - Bilan de thrombophilie à discuter/prévoir à distance de minimum 3 mois. (cf. SOP_Thrombophilie PED_HOP).
- ❖ **En dehors de l'âge néonatal** : Chez l'enfant plus âgé, des thromboses des veines rénales se développent habituellement consécutivement à un syndrome néphrotique, des brûlures, un lupus érythémateux disséminé, à une transplantation rénale, ou dans le cadre d'une masse rénale (tumeur de Wilms). Décision du traitement et modalités en fonction des circonstances spécifiques. Globalement, en absence de contre-indication, un traitement d'anticoagulation est à prévoir pour une durée minimale de 3 mois, soit par HBPM (Clexane®) ou antagonistes de la vitamine K.

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:e7375–e8015.
- 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.

ANNEXES

ANNEXE 1 : ITINERAIRE TVR

TVR : Thrombose veineuse rénale
 AC : Anticoagulation
 HNF: héparine non fractionnée
 HBPM: Héparine bas poids moléculaire
 USD: Ultrason doppler

