

# **Comment utiliser les examens d'hémostase pour la prescription d'une hormonothérapie.**

**Jacqueline CONARD  
Unité Hémostase-Thrombose  
Hôtel-Dieu, Paris**

**Les traitements hormonaux en vue d'une contraception hormonale ou d'un traitement substitutif de la ménopause peuvent être associés à une augmentation du risque de maladie thrombo-embolique (MTE) veineuse. Le risque est majoré chez certaines femmes ayant une prédisposition aux thromboses en raison d'antécédents personnels et/ou de l'existence d'une thrombophilie. Une étude de l'hémostase serait donc, en théorie du moins, justifiée pour la détection des femmes à risque ou la surveillance des traitements hormonaux.**

**La recherche d'une thrombophilie n'est pas nécessaire à titre systématique avant tout traitement hormonal. En revanche, elle est recommandée dans les cas suivants :**

- avant contraception orale, s'il existe des antécédents familiaux de MTE chez des sujets de moins de 45 ans, ou des thromboses veineuses récidivantes.**
- avant traitement hormonal substitutif, si la patiente a des antécédents familiaux et n'a pas été exposée auparavant à des situations à risque veineux : contraception orale, grossesse, intervention chirurgicale, plâtre.**

**Les examens à demander sont un temps de Quick, un temps de céphaline + activateur (TCA), un dosage d'AT, PC, PS, une résistance à la PC activée, et éventuellement la recherche des mutations facteur V Leiden et facteur II 20210A. Les trois derniers examens ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale et les tests génétiques nécessitent une information du patient et un consentement écrit.**

**En cours de traitement hormonal, la recherche d'une activation de la coagulation par des dosages de marqueurs (fragment 1+2 de la prothrombine, D-dimères) a parfois été proposée pour détecter les femmes à risque de thrombose veineuse pendant le traitement. Toutefois, aucun test biologique n'a fait la preuve de son utilité. Des études sont en cours.**

Si la recherche de thrombophilie est réalisée alors que la patiente a déjà une contraception oestro-progestative, une diminution du taux de protéine S est fréquente. Pour distinguer un déficit lié au traitement d'un déficit congénital, il est nécessaire d'interrompre l'oestro-progestatif pendant au moins un mois avant de contrôler le dosage. Pendant cette période, une contraception par progestatif seul peut être administrée car elle ne modifie pas le taux de protéine S.

La demande d'examens d'hémostase doit donc être précédée d'un interrogatoire orienté et le diagnostic de thrombophilie doit être affirmé car il peut avoir des conséquences thérapeutiques. La contraception oestro-progestative est déconseillée chez les femmes ayant des antécédents personnels de thrombose et/ou une thrombophilie mais une contraception par progestatif seul peut leur être proposée. En ce qui concerne le traitement hormonal substitutif chez ces femmes à risque, les oestrogènes par voie orale sont contre-indiqués. L'administration d'oestradiol par voie transdermique n'entraîne pas de modification défavorable de l'hémostase mais nous manquons encore d'informations concernant un éventuel risque de thrombose au cours de ce type de traitement. Chez les femmes à risque veineux, la prescription d'un THS est souvent décidée au cas par cas après avoir vérifié que les traitements non hormonaux sont inefficaces et en évaluant le bénéfice attendu versus le risque potentiel de thrombose.