

ANEMIE ET GROSSESSE

Pr TADJ

EHU d'ORAN

Définition

On estime que 50 % de femmes enceintes sont anémiques au cours de la grossesse. L'anémie ferriprive s'accompagne d'une déplétion des réserves en fer.

En fonction de l'hémogramme on distingue:

- **Anémie microcytaire**: carence en fer due à un apport insuffisant ou à une insuffisance de réserves maternelles (hémorragies, grossesses rapprochées, grossesse gémellaire).
- **Anémie macrocytaire** due à une carence en Acide folique.
- **Anémie nutritionnelle** due à une sous-alimentation.

Définition de l'anémie *(selon OMS et CNGOF)*

Hb < 11g/100mL au 1^{er} et 3^{ème} trimestre

Hb < 10,5g/100mL au 2^{ème} trimestre

Hb < 10g/100mL en post-partum

Il est nécessaire de faire **le diagnostic de l'anémie au plus tôt dans la grossesse** afin de **pouvoir anticiper** les attitudes thérapeutiques.

Une numération formule plaquette FNS + ferritinémie devrait être réalisée systématiquement : **au premier trimestre et durant le 6^{ème} mois.**

L'hémogramme

Le compte rendu d'un hémogramme doit comprendre les valeurs de la

- numération des leucocytes (globules blancs),
- la numération des hématies,
- la numération des plaquettes,
- **le taux d'hémoglobine,**
- l'hématocrite
- et les principales constantes érythrocytaires :
 - ✓ le volume globulaire moyen (VGM),
 - ✓ la concentration corpusculaire moyenne (CCMH)
 - ✓ et la teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine (TCMH).

• **Le VGM** est volume des globules rouges. $\frac{Ht}{Hb}$ par mm³.

• **La CCMH** est la quantité Hb contenue dans 100ml d'hématie. $\frac{Hb}{Ht}$

• **La TCMH** est la quantité Hb contenue dans une hématie. $\frac{Hb}{GR}$

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

1) HB → ANEMIE

2) VGM

3) TCMH

4) RETIC



Caractérisation



< 80 μ 3

< 27 pg

A microcytaire
Hypochrome

80- 100 μ 3

27- 32 pg

A normocytaire
normochrome

> 100 μ 3

\geq 32 pg

A macrocytaire
Normochrome

Anémie microcytaire

Fer sérique

Hyposidérémique

Normosidérémique

Ferritine basse

Ferritine physiologique

Electrophorèse de l'Hb

Carence martiale

Syndrome inflammatoire

Anormale

Normale

β Thalassémie
 α Thalassémie

Anémie réfractaire

Anémies macrocytaires/normocytaires

Origine périphérique / **Réticulocytes** > 150 000/mm³

Saignement aigu

Haptoglobine, schizocytes, bilirubine

Hyperhémolyse

- ~Saignement extériorisé
- ~Troubles de l'hémostase
- ~Traitement anti-coagulant

Hématie normale
↓
Extra-corporelle

Hématie anormale

Corpuculaire

enzymatique

hémoglobinopathie

morphologie

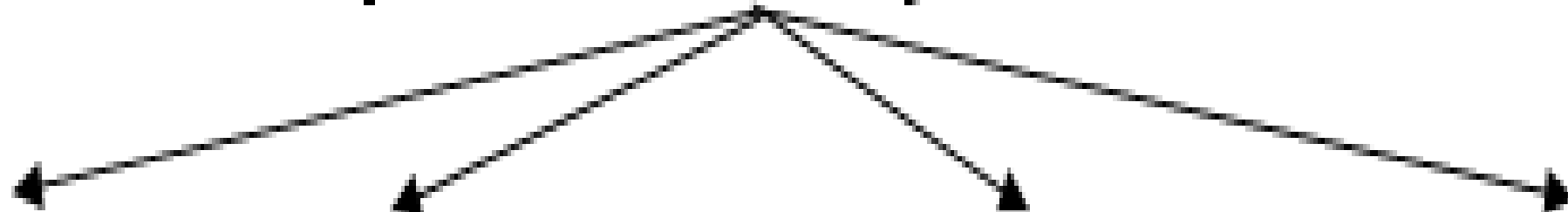
G6PD: glucose 6 phosphate deshydrogénase
PK: pyruvate kinase

- ~Déficit G6PD
- ~Déficit PK

- ~Drépanocytose
- ~Thalassémie

- ~Elliptocytose
- ~Microsphérocytose

Origine centrale / **Réticulocytes** < 150 000/mm³



**Myélogramme et/ou
biopsie médullaire**



~ Insuffisance médullaire

~ Syndrome
myélodysplasique

Maladies
métaboliques



~ Insuffisance
rénale

~ Insuffisance
endocrinienne

Carence **B12**



Maladie de
Biermer



Carences
d'apport

Carence **B9**



~ Alcoolisme

~ Médicaments

~ Malabsorption
digestive

Facteurs de risques

Multipares, gémellaire,

Grossesses rapprochées

Donneuse de sang, Règles abondantes

ATCD d'ulcère gastrique ou duodéal, polypose

Végétarienne, alimentation déséquilibrée

Conditions socio-économiques défavorisées

Signes cliniques de l'anémie

Signes généraux :

- pâleur cutanéomuqueuse (pâleur des conjonctives)
- asthénie physique et morale
- défaut de concentration, difficultés de mémorisation
- tendance dépressive

Conséquences de l'hypoxémie :

- réduction des performances musculaires
- crampes
- Dyspnée
- Tachycardie, angor d'effort
- fatigue excessive pour un effort modéré

Signes neurologiques : (par hypoxémie)

- Céphalées, vertiges
- Acouphènes

CONSÉQUENCES

Le retentissement maternel

- Dans le post-partum, l'anémie favorise un risque thromboembolique,
- Diminue les moyens de défense contre l'infection
- une fatigue maternelle susceptible de perturber la mise en place du lien mère-enfant.
- En général, les symptômes physiques de l'anémie n'apparaissent que lorsque le taux d'HB est inférieur à 7-8 g/l.

Le retentissement foetal

- un taux élevé de naissances prématurées
- - un RCIU
- - une augmentation de la mortalité périnatale
- - une augmentation du risque de prématurité
- - une hypotrophie foetale

Prise en charge d'une anémie ferriprive

- L'anémie ferriprive représente 90% des anémies.
- ***Les éléments diagnostic sont :***
 - Ferritine $<12 \mu\text{g/l}$ ou $30 \mu\text{g/l}$ si inflammation
 - Microcytaire : VGM < 80
 - Arégénérative : réticulocytes $< 100\ 000/\text{mL}$

Traitement pendant la grossesse :

- Traitement per os : la posologie est à adapter en fonction de la dose de fer nécessaire.
- **Bien informer la patiente de la nécessité de bien prendre le traitement per os afin de prévenir l'aggravation de l'anémie et ainsi éviter une éventuelle transfusion.**
 - Au premier trimestre : si Hb < 11 g/dl supplémenter en fer per os.
 - Au 6^{ème} mois:
 - **Hb < 10,5 g/dL** : supplémentation en fer per os
 - **Hb < 9 g/dL** : fer IV
 - **Hb < 7 g/dL** : discuter une éventuelle transfusion de CGR
- **Contrôle de la NFS, ferritinémie et réticulocytes à 4 semaines si traitement martial.**
- **Si fer injectable - Pas de traitement par fer per os pendant 15 jours après la cure**
 - **Contrôle NFS et réticulocytes semaine après la cure**

Indications à la transfusion

A adapter à la clinique,

Avant la césarienne quand Hb < 8 g/dL (9 g/dL en cas de grossesse gémellaire)

Au cours de la grossesse : Hb < 7g/dL ou selon la tolérance clinique

En post-partum : Hb post-opératoire < 7 g/dL

En cours d'hémorragie : Hb < 10 g/dL

Traitement par fers injectables

Les indications du traitement par fer injectable : **anémies ferriprive de la grossesse**

A proximité du terme quand le traitement per os est insuffisant et le taux d'Hb < 9 g/dL

Prise en charge d'une anémie non ferriprive : Ferritine normale et VGM > 80

- Réalisation d'un bilan complémentaire avec :
 - Schizocytes, fer sérique
 - CRP, ionogramme, créatinémie, LDH, transaminases
 - T4, TSH, haptoglobine
 - Vitamine B12, folates
 - Test de coombs , RAI
 - Electrophorèse de l'hémoglobine
- **Prévoir une consultation hématologique**