

Anémie et grossesse

Introduction

- L'existence d'une anémie pendant la grossesse un évènement fréquent lié aux modifications des besoins d'où l'importance du dépistage et du traitement précoce dans le but d'avoir un taux d'hémoglobine correcte en fin de grossesse
- Elle se définit par un taux d'hémoglobine (Hb) :
 - < **11 g/dl** : pendant le 1^{er} et le 3^e trimestre
 - < **10,5 g/dl** : pendant le 2^e trimestre
 - < **10 g/dl** : en post-partum
 - **Anémie sévère** : si Hb < 8 g/dl
- Elle est d'origine carencielle dans la plupart des cas

Epidémiologie

- 10-15% des grossesses sont associées à une anémie
- Elle touche 10-30% des patientes dans les pays développés et 50-80% dans les pays en voie de développement
- La 1^{ère} cause de l'anémie chez la femme enceinte est la carence martiale (90% de cas)

Rappel physiologique

- **Modification hématologique au cours de la grossesse :**
 - **Pseudo-anémie gravidique** : double mécanisme de l'anémie
 - **Augmentation du volume plasmatique** : 1000 ml à terme, majoré en cas de grossesse multiple, de surpoids maternel, de grande taille fœtale (1500 ml)
 - **Augmentation du volume globulaire total** : lente et progressive, 250-500 ml (moyenne 300 ml), soit le tiers de l'augmentation du volume plasmatique
 - **Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles** : constante, dès le 2^e trimestre
 - **Thrombopénie modérée** (120-150 G/l)
 - **Etat d'hypercoagulabilité** : augmentation de la plupart des facteurs de coagulation
- **Métabolisme du fer** : est également modifié :
 - **Besoins accrus** : du fait de l'augmentation de l'érythropoïèse et des besoins fœtaux augmentés (surtout si grossesse gémellaire)
 - **A l'opposé** : absence de la menstruation (limitation des pertes de fer), augmentation du coefficient de saturation de transferrine, absorption accrue de fer (30-90%)
 - **Mobilisation des réserves martiales**
- **Métabolisme de l'acide folique** : l'acide folique est indispensable à la fois pour la mère et le fœtus, ses besoins sont doublés pendant la grossesse
- **Métabolisme de la vitamine B₁₂** : les carences en vitamine B₁₂ sont également responsables d'anémie mégalo-blastique qui est exceptionnelle au cours de la grossesse et révèlent plus d'un défaut d'absorption que d'un apport insuffisant

Etiologies

- **Facteurs de risque** : multiparité ou grossesse multiple, alimentation déséquilibrée, anémie ferriprive antérieure, infection urinaire, saignement antérieure à la grossesse, bas niveau socio-économique, tabagisme et alcoolisme, certain médicaments (Sulfamide...) qui bloquent le métabolisme de l'acide folique

Diagnostic de l'anémie

- **Syndrome anémique** :
 - **Signes d'hypoxie** : asthénie, céphalées, vertiges, pâleur cutanéomuqueuse
 - **Signes d'adaptation de l'organisme** : polypnée, tachycardie, souffle systolique
- **Anémie ferriprive** : la prévalence de l'anémie ferriprive en début de grossesse est de 3,5% et de 10-40% en fin de grossesse. La carence martiale est définie par un taux sérique de ferritine épuisé (< 12 ng/ml)
 - **Cliniquement** : syndrome anémique, signes d'hyposédermie
 - **Biologiquement** :
 - **FNS** : anémie hypochrome microcytaire régénérative, souvent associée à une thrombocytémie modérée (400-700 G/l)
 - **Taux de ferritine sérique** : bas < 20 mg/l, ou effondré < 12 mg/l
- **Anémie par carence en acide folique** : elle augmente le risque d'avortements précoces et résorption embryonnaire, malformations (anomalies de fermeture du tube neural), Retard de Croissance Intra-Utérin
 - **Cliniquement** : syndrome anémique, syndrome digestif (anorexie, glossite, diarrhées), syndrome neurologique (paresthésies, irritabilité et changements d'humeur) troubles du sommeil
 - **Biologiquement** :
 - **FNS** : anémie macrocytaire normochrome arégénérative, parfois pan-cytopénie
 - **Taux sérique en acide folique** : < 5 mg/l
- **Anémies hémolytiques** : peuvent être congénitales (β -thalassémie, drépanocytose, sphérocytose héréditaire) ou acquises (auto-immunes)
 - **Diagnostic** :
 - **Interrogatoire** : histoire familiale, âge de révélation
 - **Triade clinique** : ictère, pâleur, splénomégalie
 - **Triade biologique** : anémie, hyper-réticulocytose, en plus des résultats de l'électrophorèse de l'hémoglobine

Conséquences de l'anémie

- **Sur le fœtus** : avortement, risque d'accouchement prématuré, Retard de Croissance Intra-Utérin, Mort *In Utero*, risque de souffrance fœtale chronique
- **Sur la mère** : hémorragie de la délivrance, accidents transfusionnels, augmentation du risque de complications thromboembolique et infectieuse en post-partum

Traitement de l'anémie

- **Curatif :**
 - **Anémie ferriprive :**
 - **Voie orale :** 80-160 mg/j de fer jusqu'à correction de l'anémie puis 30 mg/j jusqu'au terme (Tardyféron comprimés : 80 mg x2/j)
 - **Transfusion sanguine :** réservée aux anémies sévères :
 - ✓ **Au cours de la grossesse :** Hb < 8 g/dl ou selon la tolérance clinique
 - ✓ **En post-partum :** Hb post-opératoire < 7 g/dl
 - **Déficit en folate :**
 - **Voie orale (Zanitra) :** comprimés de 5 mg, 2-3 fois /j pendant 1 mois, puis 1 comprimé/semaine
 - **Anémie hémolytique :** assurer les besoins transfusionnels nécessaires pour éviter la souffrance maternelle et fœtale, la supplémentation en acide folique doit être assurée pendant toute la grossesse
- **Préventif :**
 - **Anémie ferriprive :** régime alimentaire équilibré, corriger les mauvaises habitudes alimentaires, dépistage précoce (FNS systématique au cours du 2^e trimestre)
 - **Déficit en folate :** supplémentation systématique en acide folique dès qu'une grossesse est envisagée, au moins 4 semaines avant la conception jusqu'à 8 semaines après :
 - **0,4 mg/j :** pour les femmes sans antécédents particuliers
 - **5 mg/j :** pour les femmes à risque élevé (antécédents d'anomalies de fermeture du tube neural, traitement antiépileptique, alcoolisme, tabagisme, grossesses multiples)