

ANEMIE ET GROSSESSE

1) Généralités :

- Définition :

L'anémie est un symptôme biologique qui se définit par la diminution du taux d'hémoglobine circulante dont les valeurs varient en fonction de l'âge et du terrain. On parle d'anémie au-dessous d'un taux d'hémoglobine de :

- 12g/dl chez la femme
- 11g/dl chez la femme enceinte (10,5g/dl au deuxième trimestre).

Ce qui désigne une diminution de la capacité sanguine à transporter l'oxygène.

Toutes les formes d'anémies peuvent se voir chez la femme enceinte le plus souvent antérieur à la grossesse ; parfois contemporaine et souvent aggravée par celle-ci.

2) Modifications hématologiques au cours de la grossesse :

Au cours de la grossesse il existe une augmentation de volume plasmatique de 3 à 4 litres ; cette augmentation va se normaliser à partir de la 6^{ème} semaine du post partum.

L'augmentation du volume globulaire est moindre par rapport au volume plasmatique ; il s'installe alors une anémie physiologique gravidique.

Parallèlement ; le fer sérique va diminuer au cours de la grossesse du fait d'une augmentation des besoins maternels pour adapter le volume globulaire et assurer les besoins en fer du fœtus. Le taux de vit B12 et de folates vont également chuter.

Le taux d'Hb bas est considéré comme pathologique quand il n'est plus le seul fait de l'hémodilution physiologique pendant la grossesse.

3) Démarche diagnostique :

a) Clinique :

La symptomatologie de l'anémie est la même que celle observée en dehors de la grossesse : pâleur cutanéo-muqueuse.

Dans les formes sévères : tachycardie ; dyspnée ; asthénie..

La survenue d'une glossite ou sub ictère au troisième trimestre en faveur d'une carence en folates.

b) Biologie :

- FNS : HB inf. à 11g/dl

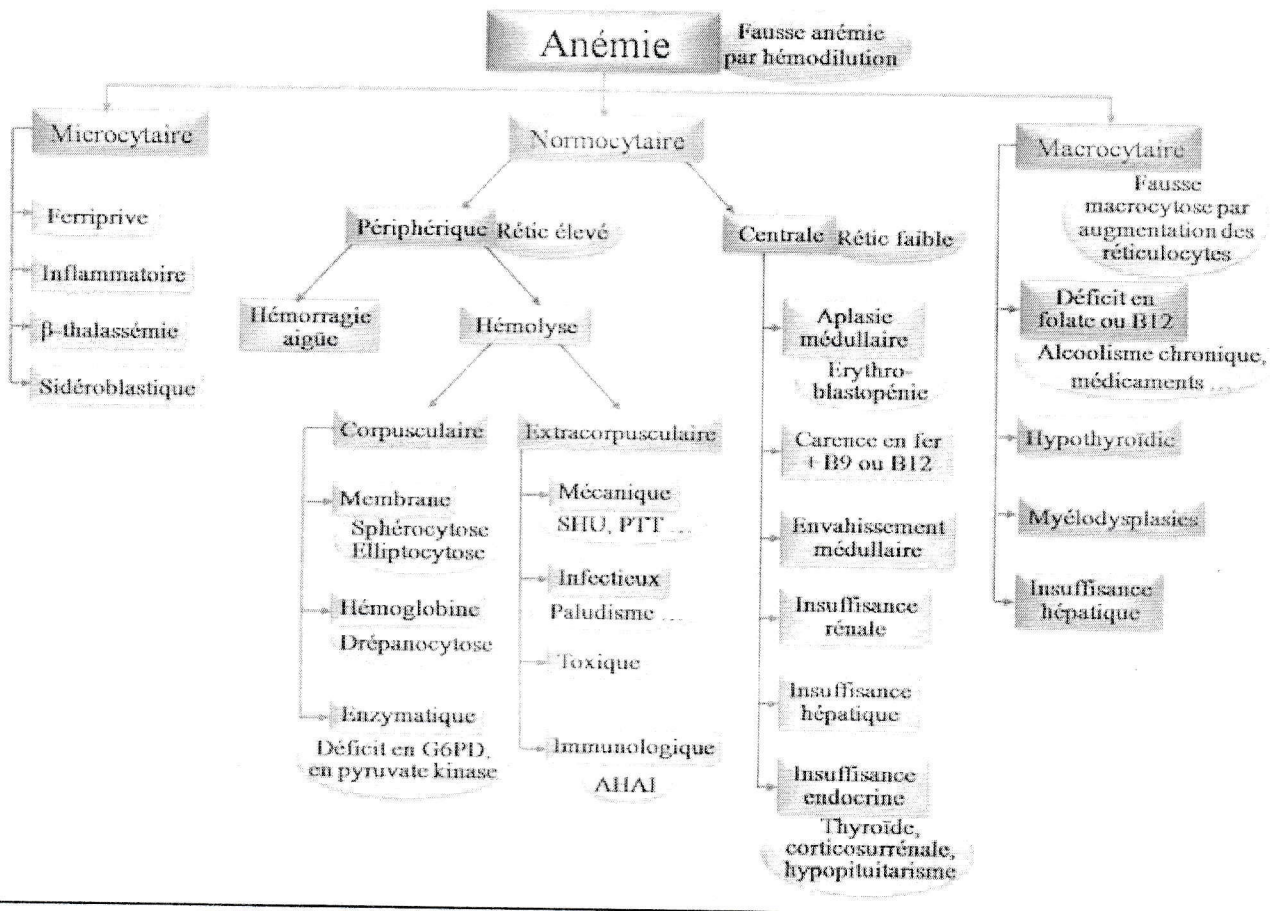
Le diagnostic est orienté ensuite par les trois éléments suivants :

- la concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH) : elle permet de distinguer les anémies hypochromes (CCMH<30%) des anémies normochromes,

- le volume globulaire moyen (VGM) : il permet de distinguer les anémies microcytaires (VGM=80 mm³), normocytaires (80<VGM<100) et macrocytaires (VGM>100 mm³). La microcytose confirme en règle l'hypochromie.
- Le taux de réticulocyte : il permet de distinguer les anémies régénératives (taux> 150 000/mm³) des anémies arégénératives (<100 000/mm³).

Devant une anémie hypochrome. L'étape suivant consiste à doser le fer sérique ou la ferriténémie. Ce dosage fera la distinction entre une anémie hypochrome hyposidérémique et une anémie normo- ou hypersidérémique.

4) ETIOLOGIES :



a) Les anémies carentielles (principales étiologies des anémies pendant la grossesse)

- par carence en fer ou martial ou ferriprive :
 - 80% des anémies découvertes pendant la grossesse ; c'est une anémie microcytaire hypochrome arégénérative avec taux de ferritine bas.
 - Facteurs de risque : niveau socio économique bas ; les grossesses multiples et rapprochées ; multiparité et placenta prævia.
- Déficit en folate : anémie macrocytaire :
 - Facteurs de risque : régime pauvre en viande et en légume ; grossesse rapprochée ou multiple ; certains prise médicamenteuses (anti convulsivants).
- Conséquences : prématurité ; petit poids de naissance ; retard de croissance intra utérin.
- Traitement :

Le fer est le traitement du choix : il est donné a dose curative càd 100 -200mg /J si possible a jeun ce qui permet une meilleur absorption.

Il est logique d'ajouter au traitement l'acide folique qui favorise l'érythropoïèse.

La transfusion est rarement nécessaire et ne justifie que si le taux d'hb<8g/dl fait courir un risque au foetus.

➤ Prévention :

Dépistage des facteurs de risque.

Dépistage de l'anémie à partir du 6eme mois.

Alimentation équilibrée.

Apport pharmacologique au troisième trimestre quand les réserves en fer sont faible en début de grossesse

b) Autres étiologies: Anémies hémolytiques

*La drépanocytose

maladie génétique autosomique récessive, l'hémoglobine S (HbS) → hématies en faucille, en cas de situation désoxygénée.

-anémie normocytaire chronique qui s'aggrave pendant la grossesse par ↗ la volémie.

-trt: Pendant la grossesse → transfusions sanguines pour ↘ le rapport de l'hémoglobine S dans la masse sanguine, mais pas systématique.

La supplémentation en acide folique est obligatoire.

*La thalassémie

pathologie génétique autosomique récessive caractérisée par la réduction ou l'absence de synthèse d'une chaîne de globine différente selon la thalassémie (α ou β) → anémie microcytaire hypochrome.

-trt: transfusions sanguines Hb<8g/dl et une supplémentation en acide folique.

5) conclusion :

Pathologie très fréquente, de diagnostic facile, et de complications redoutables, qui doit être guettée et prévenue ou traitée chez la femme enceinte.