

- *Pathologie fréquente
- *Importance dépistage et traitement précoce
- *Eviter mauvaise tolérance clinique, décompensation pathologie sous-jacente
- *Taux hémoglobine correcte en fin de grossesse, fréquence hémorragie de la délivrance 2 à 9% (risque vital +++)

Définitions :

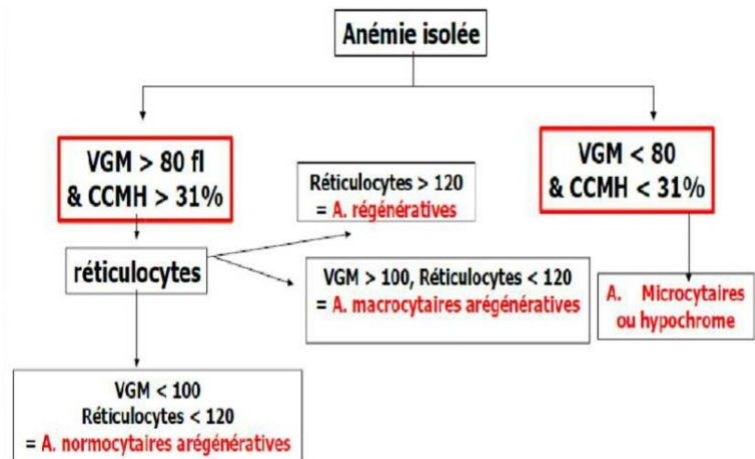
- *Complication fréquente de la grossesse
- *Taux Hb < 11g/dl 1er et 3ème trimestre
- * < 10,5g/dl 2ème trimestre
- *Touche 10 à 30% des femmes enceintes
- *Hémodilution physiologique (diminution du nb de GR et baisse physiologique de l'Hb 11,5g/dl)
- *Carence martiale cause la plus fréquente

Diagnostic étiologique

Volume Globulaire Moyen : 80 à 100 fl = normocytaire
 < 80 fl = microcytaire
 > 100 fl = macrocytaire

CCMH : 32 à 36 = normochrome
 < 32 = hypochrome

Réticulocytes : < $100 \cdot 10^9 / l$ = non régénérative
 > $100 \cdot 10^9 / l$ = régénérative



Signes cliniques & éléments de tolérance

1. La pâleur:
2. La symptomatologie fonctionnelle anoxique

Généralisée
 Cutanéomuqueuse
 (unguéale & conjonctives)

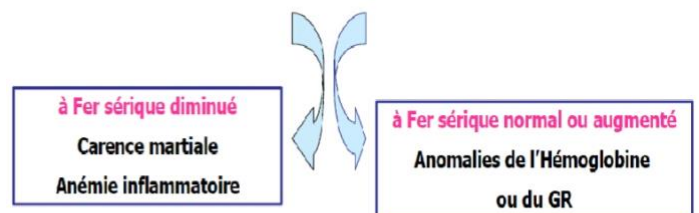
Signes fonctionnels
 Asthénie
 Dyspnée
 Vertiges, céphalées
 Tachycardie
 Fonction de l'âge, rapidité, pathologie

Signes de gravité:
 Hb ~ Signes fonctionnels+++

Décompensation pathologie cardio-vasculaire ++++

Classification à usage clinique

Anémies microcytaires



Bilan martial +++

Anémie microcytaire :

- *Alimentation insuffisante pour compenser augmentation des besoins en fer et en acide folique (30% effondrement ferritine en début grossesse, 70% absence réserve en fin de grossesse)
- *Besoin en fer augmentent 2ème partie de la grossesse (augmentation de la masse globulaire de la mère, besoins fœtus et placenta, pertes sanguines accouchement)
- *1000 mg cout en fer de la grossesse , 20 mg/j apports nutritionnels conseillés
- *0,3mg/j allaitement

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

Diagnostic :

- *Importance de la NFS au 1er trimestre
- *taux hémoglobine <11g/dl, VGM <80, hématocrite abaissée
- *Fer sérique et Ferritine abaissées
- *Sérologies grossesse, TSH

CAT : traitement

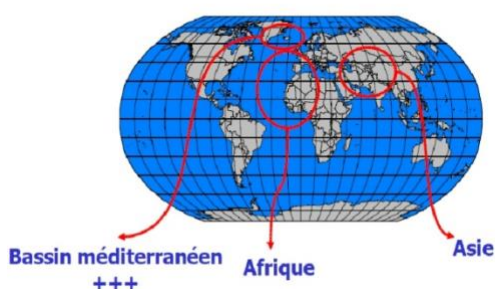
- *Conseils diététiques: Alimentation riche en Fe:
- *2 à 5mg pour 100g: viande rouge, poissons, œufs, fruits secs et oléagineux, légumes verts, épinards
- *5 à 15mg: légumes secs (haricots), foie, jaune d'œuf, cacao, chocolat
- *Hb>10g/dl:
- *Sulfates ferreux par voie orale associés à acide folique: 1 à 2cp/j (50mg)
- *Hb<10g/dl:
- *Fumarate ferreux: 2 à 3 cp/j (100mg)
- *Ac folique 5mg: 2 à 3cp/j
- *Vit C: 1cp/j (post-partum)
- *Anémie sévère, mal tolérée ou post-partum: fer par voie veineuse (administration lente, cure à 48h ou à 8j)
- *Prévention: compléments alimentaires (vit D, iode, acide folique...) 20mg/j

La transfusion :

Avant la césarienne 8 g/dL, 9 g/dL si gémellaire SFAR ANDEM 1993 Au cours de la grossesse 9 g/dL AFSSAPS 2001?
Post partum = post opératoire 7 g/dL En cas de mauvaise tolérance clinique ou saignement aigu++ En cours d'hémorragie 10 g/dL Un CGR adulte = 200 mg fer élément



Thalassémies !



THALASSEMIE :

- *Origine géographique, notion familiale
- *Diminution de synthèse d'une des chaînes de globine lié à anomalie génétique autosomique récessive (alpha et beta thalassémie)
- *Anémie sévère microcytaire, peu régénérative
- *Réticulocytose augmentée, bilirubine libre élevée
- *électrophorèse de l'hémoglobine
- *fer sérique normal ou élevé, VS normale
- *Trouble de la croissance staturo-pondérale, déformations osseuses, hépatosplénomégalie
- *Suivi multidisciplinaire (programme transfusionnel)

Traitement curatif: Transfusions régulières, transplantation médullaire allogénique

Traitement préventif: Dépistage des sujets hétérozygotes pour conseil génétique

Anémies hémolytiques: mécanismes

➤ AH corpusculaire

Congénitales++: Membrane
Déficits enzymatiques
Hémoglobinopathies

Acquise: HPN

➤ AH extra corpusculaire

Acquise: immunologique & autoimmune
infectieuse (paludisme++)
toxique (venin, toxique, plomb)
mécaniques (MAT, prothèse cardiaque & CEC)

Anémies hémolytiques

➤ Causes multiples !

➤ Dans un contexte aigu

Éliminer +++

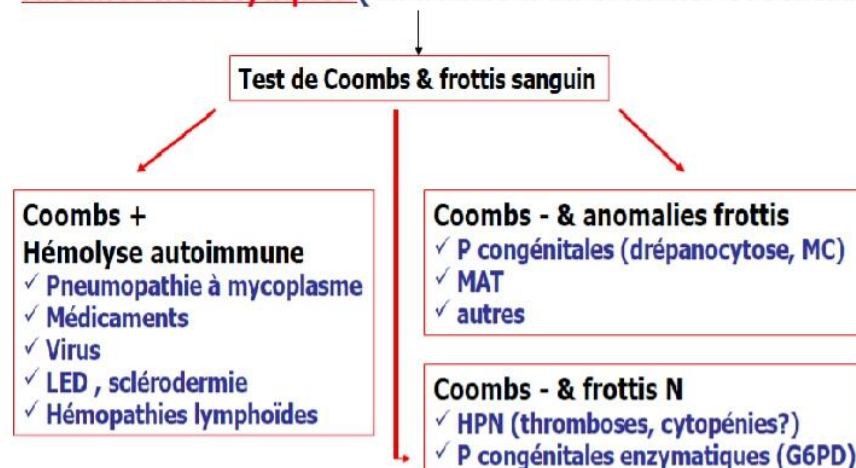
Septicémies

Médicaments toxique ou immuno allergique

Rechercher des schizocytes (signes de MAT ++)

➤ La démarche diagnostique est centrée, en dehors d'un contexte évocateur sur le test de Coombs et la morphologie des GR

Anémies hémolytiques (en dehors d'un contexte évocateur)



Drépanocytose :

- *Hémoglobine S, anémie hémolytique corpusculaire liée à une des chaînes beta de la globine
- *Hémoglobine anormale (électrophorèse de l'hémoglobine)
- * 3 Symptômes dominants:
 - anémie chronique
 - complications vaso-occlusives
 - infections
- *Maladie récessive
- *épistage du conjoint
- *Complications maternelles:
 - * risque accru d'événement vaso-occlusif
 - *Aggravation de complications maternelles préexistantes
 - *Risque plus élevé de complications fœtales (fausses couches, RCIU avec hypotrophie, prématurité)

PRISE EN CHARGE :

- *Suivi multidisciplinaire
- *Cs préconceptionnel
- *Arrêt des traitements tératogènes
- *Pas d'automédication , prise quotidienne d'acide folique recommandée
- *Bilan sanguin, dépistage de l'anémie
- *ECBU mensuelle, prélèvement vaginal trimestriel
- *Echographie fœtale mensuelle (dopplers placentaires)
- *Echographie cardiaque
- *Discuter d'un programme transfusionnel au 3ème trimestre

Conclusion :

- *Carence martiale, étiologie la plus fréquente
- *Dépistage précoce 1er trimestre (NFS, ferritine)
- *Prévention: compléments alimentaires
- *Traitement étiologique
- *Absence anémie: abord plus serein de l'accouchement pour patiente et obstétricien+++