

ANEMIES ET GROSSESSE

MODULE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

EHS SMK

PRESENTE PAR DR.A.ABES

IN ESSMCU
Bibliothèque Chalet
Copy Service

I-INTRODUCTION -DEFINITION :

L'existence d'une anémie au cours de la grossesse est un événement fréquent lié aux modifications des besoins d'où l'importance du dépistage et traitement précoce dans le but d'avoir un taux d'hémoglobine correcte en fin de grossesse.

L'anémie est la baisse du taux de l'hémoglobine circulante <11g/dl au 1^{er} et 3^{ème} trimestre et <10,5g/ dl au 2^{ème} trimestre de la grossesse.

L'anémie touche 10 à 30 % des femmes enceintes.

II- ANEMIE PAR CARENCE EN FER :

1- définition :

Ce sont des anémies microcytaires hypochromes hyposidérémiques sidéropéniques.

2- incidence :

Une femme sur quatre est atteinte de carence en fer surtout pendant la période d'activité génitale, la multiparité en est la cause la plus fréquente.

3- métabolisme du fer :

L'alimentation apporte 10 à 20mg de fer par jour dont 10% sont absorbés.

Au cours de la grossesse, l'apport total en fer est équivalent à 1g : le fœtus puise 300mg, le fer placentaire et fœtal représentant environ 100mg, le reste allant à la mère pour reconstituer ses réserves.

Une anémie par carence en fer apparaît lorsque cet équilibre entre les apports et les besoins se produit : apport insuffisant, multiparité, gemelité, grossesses rapprochées, pertes excessives ou conditions économiques défavorisées.

Biologie

Anémie macrocytaire mégalo-blastique, hypersegmentation des poly nucléaires neutrophiles, diminution des folates sériques et érythrocytaires.

Traitement

Acide folique 5 à 10mg/j pendant 4 à 8 semaines.

Traitement parentéral de vitamine B 12.

III-ASSOCIATION CARENCE EN FOLATES ET EN FER :

*cliniquement association des signes de carence en fer et ceux de carence en folates.

*biologiquement : anémie normocytaire, normo ou hypochrome, au frottis sanguin : une double population de globules rouges les uns microcytaires hypochromes, les autres macrocytaires normochromes.

*le traitement combine l'acide folique pendant 4 – 8 semaines et le fer pendant 6 mois.

IV-LES MANEMIES HEMOLYTIQUES :

Peuvent être congénitales (β thalassémie, drépanocytose, sphérocytose héréditaire, le déficit en G6PD) ou acquises (auto immune)

A DIAGNOSTIC

*l'interrogatoire (histoire familiale, âge de révélation

* la triade clinique : ictère, pâleur, splénomégalie

*la triade biologique : Anémie, hyper réticulocytose, hyper bilirubinémie

En plus des résultats de l'électrophorèse de l'hémoglobine, la résistance globulaires aux solutions hypotoniques, le dosage enzymatique et le test de coombs direct

B CONDUITE AU COURS DE LA GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

*assurer les besoins transfusionnels nécessaires pour éviter la souffrance maternelle et foétale

*la supplémentation en acide folique doit être assurée pendant toute la grossesse

*le mode d'accouchement : ne se pose que devant les syndromes drépanocytaires en raison des risques anesthésiques en cas de césarienne

*la corticothérapie et les immunoglobulines peuvent être prescrites en cas de nécessité absolue en cas d'anémie hémolytique auto immune, la splénectomie est plus difficile à indiquer vu le volume utérin

*les transfusions sanguines sont contre indiquées en cas d'anémie hémolytique auto immune

La thalassémie minoritaire hémolytique peut être corrigée durant la gse, il faut penser à avoir une prescription ou agreement après supplémentation en fer...

1. Définition

Pâleur cutanéomuqueuse, ongles striés et cassants, chute de cheveux, perlèche, asthénie voire même dyspnée.

2. Etiologie

Anémie microcytaire hypochrome sidéropénique ; le test au fumarate ferreux est positif (4 cp/j pendant 21j entraîne la correction de la moitié du déficit).

3. Prévention

*préventif : -conseils diététiques : alimentation riche en fer : viandes rouges, foie, cacao, chocolat, poisson, oeufs, fruits secs et oléagineux, légumes verts, épinards.

-supplémentation en fer des femmes aux conditions socio-économiques précaires particulièrement au 3^{ème} trimestre.

*curatif : sels de fer pendant 3 à 6 mois et en cas d'anémie sévère fer par voie intra veineuse sauf si présence de signes d'intolérance ou la transfusion sanguine s'impose.

avant de commencer
objets [9]

à l'arrêt de la
[10]

↓
Régime
carence en fer
Allergies

III- ANEMIES PAR CARENCE EN FACTEURS ANTI PERNICIEUX :

1. Définition

Ce sont des anémies macrocytaires mégaloblastiques.

2. Incidence

*la carence en folates représente la première cause d'anémie carencielle chez la femme enceinte ;

*la carence en vit B12 est très rare en cas de grossesse.

3-rappel physiologique

-l'acide folique et la vit B12 sont des cofacteurs de la synthèse de l'ADN au niveau des cellules à renouvellement rapide et notamment les érythroblastes médullaires.

-les besoins en vit B12 sont très faibles : 1µg/j et sont satisfaits par une alimentation riche en protéines (abats, œufs) ; les réserves hépatiques sont importantes et peuvent tenir 4 à 6 ans en cas de carence. De ce fait la carence en vit B12 est exceptionnelle chez la femme enceinte.

-les besoins en acide folique sont importants : 50µg/j assurés par une alimentation riche en légumes verts frais ou après cuisson courte (la chaleur détruit les folates), les réserves hépatiques suffisent uniquement pour 4 mois ; la grossesse entraîne une augmentation des besoins de 200 à 250µg/j.

-Les conséquences sur le fœtus sont la prématurité, RCIU, anémie macrocytaire.

4. Symptômes

Pâleur, dyspnée, fièvre, langue lisse dépaillée (macroglossite), troubles du transit avec parfois syndrome hémorragique.